

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Promoção do Recovery na Pessoa com Doença Mental Grave

Elisabete Canada

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Promoção do Recovery na Pessoa com Doença Mental Grave

Elisabete Canada


Orientador: Professora Luísa D'Espiney

Co-Orientador: Professor Miguel Narigão

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Uma pessoa vale mais do que o mundo inteiro”
Bento Menni (1892)

AGRADEÇO

Aos clientes pela partilha das suas angústias, esperanças e sonhos.

Aos orientadores clínicos pela partilha do saber.

Aos orientadores da escola pela disponibilidade, dedicação, paciência e
profissionalismo...

A todos os profissionais que contribuíram para o meu processo de aprendizagem.

Às irmãs da minha comunidade por toda a compreensão...

Aos amigos pela força e esperança transmitida nos momentos de dúvida e incerteza.

RESUMO

A reabilitação das pessoas com problemas de saúde mental tem sido uma das minhas preocupações ao longo do meu percurso profissional. Sempre acreditei no potencial que cada pessoa tem dentro de si, e não é por estar categorizado com um diagnóstico de uma doença mental, que a pessoa deixa de ter opinião, ter gostos, ter sonhos. Neste sentido desenvolvi o meu projeto de estágio numa linha da promoção do *recovery* na pessoa com «doença mental grave». Ao longo do estágio procurei transmitir às pessoas que é possível viver com satisfação e esperança apesar das limitações causadas pela doença (Anthony, 1993).

Para tal desenvolvi um programa de intervenção com oito sessões semanais, que visavam trabalhar o autoconceito e a autoestima; descobrir o valor da vida apesar das “pedras” que vão surgindo no dia-a-dia; aprender a valorizar as pequenas coisas da vida; descobrir os recursos para gerir a própria vida; criar um *kit* de Esperança; reconhecer e integrar na vida as próprias fragilidades.

Os resultados da avaliação destas intervenções sugerem que o desenvolvimento deste tipo de atividades proporciona aos clientes satisfação, bem-estar e esperança. Propicia também momentos de partilha, autoconhecimento e conhecimento do outro, contribuindo deste modo para o aumento da autoestima e do empowerment.

Este trabalho pretende também espelhar o meu percurso de aprendizagem ao longo do estágio, o desenvolvimento de competências específicas que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Palavras-chave: Reabilitação Psicossocial, Recovery, Empowerment, *Tidal Model* e Autoestima.

ABSTRACT

The rehabilitation of people with mental illness has been one of my concerns over my career. I have always believed in the potential that each person has within himself, and it is not because he or she is categorized with a diagnosis of a mental illness, that a person ceases to have an opinion, or to have tastes and dreams. In this sense I developed my academic internship project in line with the promotion of recovery in the person with 'serious mental illness'. Throughout the academic internship I tried to tell people that one can live with satisfaction and hope despite the limitations caused by the disease (Anthony, 1993).

For this purpose I developed an intervention program with eight weekly sessions aimed at working: self-concept and self-esteem; discover the value of life despite the "stones" that arise in day-to-day; learn to appreciate the little things in life; find the resources to manage their own lives; create a package of Hope; recognize and integrate own weaknesses in life.

The evaluation results of these interventions suggest that the development of such activities allows users satisfaction, well-being and hope. Also allows moments of sharing, self-knowledge and knowledge about the other, thereby contributing to increased self-esteem and empowerment.

This work also aims to mirror my learning path along the academic internship, and the development of specific skills that contributed to my personal and professional growth.

Keywords: Psychosocial Rehabilitation, Recovery, Empowerment, Tidal Model and Self-Esteem.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CNSM – Conselho Nacional de Saúde Mental

DGS – Direção Geral da Saúde

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

E - Elemento

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1.1 Perturbação Mental.....	4
1.2 Reabilitação Psicossocial.....	5
1.3 Recovery	7
1.4 Empowerment (empoderamento).....	9
1.5 The Tidal Model: O Modelo de Enfermagem para o Recovery	10
2. PROMOVER O RECOVERY - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS.....	13
2.1 Estágio no Internamento de Psiquiatria de Adultos	13
2.2 Estágio num Hospital de Dia da área de Lisboa	39
3. AVALIAÇÃO.....	51
4. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO.....	55
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS E APÊNDICES	62
Anexo I	63
Rosenberg Self-Esteem Scale	63
Apêndice I	65
Os Compromissos e as Competências do Tidal Model.....	65
Apêndice II	70
Avaliação Inicial.....	70
Apêndice III	72
Caraterização da População	72
Apêndice IV	74
Avaliação da Intervenção	74
Apêndice V	76
Síntese dos resultados das avaliações das oito atividades.....	76

Apêndice VI	85
Plano da 1ª sessão	85
Apêndice VII	87
Plano da 2ª sessão	87
Apêndice VIII	90
Plano da 3ª sessão	90
Apêndice IX	94
Plano da 4ª sessão	94
Apêndice X	97
Estudo de caso da cliente A	97
Apêndice XI	127
Plano da 5ª sessão	127
Apêndice XII	130
Plano da 6ª sessão	130
Apêndice XIII	132
Kits de Esperança	132
Apêndice XIV	134
Plano da 7ª sessão	134
Apêndice XV	138
Plano da 8ª sessão	138
Apêndice XVI	141
Avaliação Final	141
Apêndice XVII	143
Resultados da aplicação da Rosenberg Self-Esteem Scale	143
Apêndice XVIII	145
Síntese dos resultados da avaliação final	145

Apêndice XIX.....	149
Descrição da relação estabelecida com a Cliente A	149
Apêndice XX.....	155
Síntese da avaliação das atividades do Hospital de Dia	155
Apêndice XXI.....	160
Plano da 3ª sessão – Hospital de Dia	160
Apêndice XXII.....	162
Plano da 4ª sessão – Hospital de Dia	162
Apêndice XXIII.....	164
Interação com uma cliente - dificuldade de adesão terapêutica.....	164
Apêndice XXIV	169
Escutar o cliente em fase aguda de doença mental grave.....	169
Apêndice XXV	173
Diário de aprendizagem de acordo com o Ciclo de Gibbs	173
Apêndice XXVI	176
Grupos de Apoio às Licenças de Fim-de-Semana	176

INTRODUÇÃO

Ao longo da minha prática profissional tenho desempenhado funções em contextos de saúde mental de adultos e, nos últimos anos em contexto de pedopsiquiatria o que me permitiu desenvolver algumas competências na área da saúde mental. A especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica surge assim como uma necessidade de aperfeiçoamento da minha prática. O desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM) vem deste modo contribuir para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A reabilitação das pessoas com problemas de saúde mental tem sido uma das minhas preocupações ao longo do meu percurso profissional. Sempre acreditei no potencial que cada pessoa tem dentro de si, e não é por estar categorizado com um diagnóstico de uma doença mental, que a pessoa deixa de ter opinião, ter gostos, ter sonhos. Tive muita dificuldade em encontrar um tema para o meu projeto de estágio porque procurava algo que de certa forma correspondesse à minha antiga inquietação interior, que consistia em oferecer a estas pessoas a oportunidade de escolherem, de decidirem o que querem para si. Esta tem sido a minha filosofia nos serviços por onde tenho passado. Sempre senti uma grande satisfação quando num serviço de internamento prolongado, proporcionava a cada cliente oportunidades tão simples como escolher a roupa que desejavam vestir no dia seguinte; ou escolher a prenda de aniversário que queriam ter, por exemplo. Na minha procura de um tema para o projeto de estágio encontrei o *recovery*, que é uma forma de viver com satisfação e esperança apesar das limitações causadas pela doença (Anthony, 1993). Sinto que é nesta perspetiva que quero desenvolver-me enquanto enfermeira especialista de saúde mental. Como salienta Deegan (1986) o *recovery* não se refere a um produto ou resultado final. Não significa que a pessoa está "curada". Na verdade, o *recovery* está marcado por uma aceitação cada vez mais profunda das próprias limitações. Mas agora, ao invés de ser uma ocasião para o desespero, a pessoa descobre que as limitações pessoais são a terra da qual brotam as próprias possibilidades únicas. Esta filosofia fez-me todo o sentido e veio ao encontro daquilo que eu sinto desde há muito tempo na minha prática quotidiana.

De acordo com a World Health Organization (WHO) (2015a) a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das perturbações mentais são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida, do bem-estar e da produtividade dos indivíduos, famílias, trabalhadores e comunidades, aumentando deste modo a força e a resiliência da sociedade como um todo. No entanto a saúde mental continua a ser negligenciada aos mais variados níveis. A WHO (2015b) confirma que a nível de recursos humanos apenas 1% da força global de trabalho se dedica à saúde mental. O mesmo acontece a nível dos recursos financeiros e da implementação de políticas relacionadas com a saúde mental, sendo que estas muitas vezes não estão em plena conformidade com os convênios internacionais de direitos humanos e a sua implementação é fraca.

De facto as perturbações psiquiátricas dependendo da sua maior gravidade ou não, condicionam a vida quotidiana de milhões de pessoas e dos seus familiares em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta que, “uma em cada quatro pessoas será afectada por uma perturbação mental em dada fase da vida” (OMS, 2001, p. XII). Muitas pessoas com problemas de saúde mental optam por não procurar ou manter contato com os serviços de saúde mental, devido ao estigma e discriminação (WHO, 2015).

Em Portugal as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população, destacando-se do valor global os mais altos nas perturbações da ansiedade (16,5%) e nas perturbações depressivas (7,9%) (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2014). As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a causa principal de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais (Ministério da Saúde (MS), 2008). A depressão major, os problemas ligados ao álcool, as perturbações esquizofrénicas, as doenças bipolares e as demências surgem no topo das entidades nosológicas responsáveis pela maior incapacidade para a atividade produtiva e psicossocial. As psicoses constituíram um dos principais motivos de internamento associado às perturbações mentais (DGS, 2013).

Perante este cenário urge a nossa intervenção enquanto EESM no sentido de acompanhar, apoiar, ajudar a pessoa a encontrar os seus próprios objetivos e estratégias de reabilitação. Tal como refere Camann (2010) os enfermeiros de saúde

mental encontram-se numa posição privilegiada para ajudar as pessoas a avaliar o seu estado de saúde bem como a adoção de comportamentos saudáveis nos seus planos de recuperação.

As pessoas com doença mental referem frequentemente que o processo de *recovery* é uma viagem, caracterizada por uma crescente sensação de agência¹ e autonomia, bem como uma maior participação nas atividades normativas, tais como o emprego, a educação e a vida comunitária. No entanto, a evidência sugere que a maioria das pessoas com doença mental ainda vive de uma forma incompatível com o *recovery*; por exemplo, a taxa de desemprego destas pessoas é superior a 80%, e são desproporcionalmente vulneráveis à pobreza, ao estigma e à vitimização (Drake & Whitley, 2014). Deste modo torna-se fundamental criar condições para a reabilitação das pessoas com «doença mental grave», orientando os serviços de saúde mental para a recuperação pessoal (Slade, 2012).

Este relatório surge na sequência do desenvolvimento do meu projeto de estágio direcionado para a Promoção do *Recovery* da Pessoa com «Doença Mental Grave». Para a sua implementação realizei dois estágios dos quais o primeiro numa Unidade de Internamento de Psiquiatria de Adultos e o segundo num Hospital de Dia da área de Lisboa.

Inicialmente faço um pequeno enquadramento teórico onde considero os temas principais que serviram de sustento para as minhas intervenções. Seguidamente apresento o desenvolvimento dessas intervenções que me permitiram desenvolver as competências específicas EESM bem como, operacionalizar o projeto de estágio. Ao longo da descrição das atividades fui procurando espelhar os ganhos obtidos pelos clientes bem como o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Posteriormente faço uma avaliação do meu percurso onde procurei salientar os aspetos que constituíram oportunidades de aprendizagem. Termina com uma conclusão e proposta de trabalhos futuros. Neste relatório consta ainda uma lista de apêndices que contêm as respetivas correspondências ao longo de todo o relatório.

¹ Segundo Slade (2011), “ um requisito essencial da auto-gestão é um sentido de agência: a crença que se pode influenciar a sua própria vida” (p. 42).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Perturbação Mental

O DSM-5 define a perturbação mental como

“uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. As perturbações mentais estão geralmente associadas com significativo mal-estar ou défice social, ocupacional, ou noutras atividades importantes” (p. 22).

A OMS (2001) entende as perturbações mentais e comportamentais como “condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento” (p. 53). De acordo com Townsend (2011) torna-se “difícil definir um conceito universal de doença mental devido aos factores culturais que influenciam esta definição” (pp. 15-16). A este respeito a OMS (2001) refere que “as perturbações mentais não são exclusivas deste ou daquele grupo especial; elas são verdadeiramente universais. Observam-se em pessoas de todas as regiões, de todos os países e de todas as sociedades. Estão presentes em mulheres e homens em todas as fases da vida” (p. 55).

A «doença mental grave» é um termo amplamente usado e refere-se a condições que são ambas crónicas e debilitantes. Estas condições não estão confinadas a diagnósticos específicos no entanto, a esquizofrenia tem frequentemente esses efeitos (King, Neilsen & White, 2013). De acordo com o Decreto-Lei n.º 22/2011 entende-se por «doença mental grave» a “doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (p.718). Sequeira (2006) define-a como “um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas bio-psicológicos e socioculturais, implicando no indivíduo doente a incapacidade de exercer os seus papéis sociais (familiares, laborais e comunitários)” (pp. 19-20).

A promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das perturbações mentais são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida, do bem-estar e da produtividade dos indivíduos, famílias, trabalhadores e comunidades, aumentando

deste modo a força e a resiliência da sociedade como um todo (WHO, 2015a). Assim as perturbações mentais são um dos maiores desafios da saúde pública na Região Europeia. Os Problemas de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e esquizofrenia, são a principal causa de incapacidade e de reforma antecipada em muitos países e, como tal, um grande encargo para as economias, exigindo assim uma política de ação (WHO, 2015a). Esta consciencialização gradual do impacto das perturbações mentais na sociedade desafia-nos à criação de estratégias de reabilitação que de acordo com a WHO (2015a) devem-se desenvolver nos ambientes locais.

A «doença mental grave» traz consigo múltiplas consequências para a pessoa interferindo nos vários domínios da sua vida, pessoal, familiar profissional e social. A perda da funcionalidade nestes vários domínios, a carência de autonomia e muitas vezes de qualidade de vida, desafia-nos como EESM a intervir a nível da reabilitação psicossocial contribuindo para a melhoria do desempenho geral da pessoa.

1.2 Reabilitação Psicossocial

Desde o início do terceiro milénio que a OMS vem referindo que o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países só se atinge quando existe saúde mental. O progresso na psicofarmacologia, as novas intervenções psicossociais, e o reconhecimento dos direitos humanos levaram na segunda metade do século XX, a uma mudança no paradigma dos cuidados em saúde mental (OMS, 2001). Ainda de acordo com o mesmo relatório “os cuidados baseados na comunidade têm um melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas do que o tratamento institucional” (OMS, 2001 p. 187). Isto porque “os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento” (OMS, 2001 p. 187).

A reabilitação psicossocial surge assim como uma forma nova de intervenção em saúde mental que consiste num “processo que oferece aos indivíduos que estão, debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de

mudanças ambientais” (OMS 1995, in OMS, 2001, p.116). O Conselho Nacional de Saúde Mental (CNSM), (2002) por sua vez considera a Reabilitação Psicossocial

“como o processo pelo qual a pessoa é ajudada a adaptar-se às limitações da sua incapacidade, a recuperar capacidades perdidas e a desenvolver novas competências, por forma a ultrapassar a situação de desvantagem psicológica e social que lhe adveio da sua perturbação psiquiátrica, tendo em vista melhorar a sua autonomia e a sua qualidade de vida” (p.30).

O Regulamento n.º 129/2011 salienta que faz parte das competências específicas do EESM promover “a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” (p. 8673). O Regulamento n.º 356/2015 acrescenta que a “Reabilitação Psicossocial intervém em diversas áreas, tais como: Treino de competências pessoais e sociais; Formação profissional; Emprego apoiado e emprego protegido; Empresas de inserção; Residências comunitárias; Atividades ocupacionais, culturais e de lazer; Grupos de autoajuda com utentes ou famílias; Empowerment; Luta contra o estigma” (pp. 17039-17040).

De um modo geral todas as orientações da reabilitação psicossocial apontam para a promoção da autonomia, a melhoria da qualidade de vida e a integração na comunidade. Nesta perspetiva Ornelas (2005) defende que a integração comunitária implica “que as pessoas com doença mental tenham acesso aos mesmos contextos habitacionais, profissionais e sociais como quaisquer outros cidadãos; que as pessoas tenham o direito de escolher o local onde poderão habitar, trabalhar, estudar e socializar com pessoas que tenham ou não problemáticas diversificadas para benefício mútuo” (p. 13). Isto só será possível na medida em que os direitos das pessoas com doença mental sejam reconhecidos na sua totalidade. Quando os profissionais de saúde acreditarem que estas pessoas têm potencial para gerir a própria vida. Quando houver uma mudança de paradigma em que a compreensão da recuperação emerge de pessoas que sofreram de doença mental, não dos profissionais de saúde mental (Slade, 2012).

1.3 Recovery

O “*recovery* emergiu como um novo paradigma na saúde mental e como uma visão orientadora dos sistemas e serviços de saúde mental” (Duarte, 2007, p.127). Numa perspetiva de reabilitação, de reconhecimento do potencial reabilitativo da pessoa com doença mental, o *Recovery* vem dar essa resposta uma vez que pretende ser um processo profundamente pessoal e único que implica uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e papéis e envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito de vida. É uma forma de viver com satisfação e esperança apesar das limitações causadas pela doença (Anthony, 1993).

No âmbito da saúde mental, a noção de *recovery* surgiu na década de 80, por pessoas com experiência de doença mental, a partir de descrições das suas histórias e experiências de luta, descoberta e mudança pessoais (Duarte, 2007, p.127). Independentemente da pessoa ser portadora duma doença mental, a sua principal tarefa no processo de recuperação é a criação duma identidade positiva. Os elementos constitutivos desta identidade podem variar de uma pessoa para outra pelo que só ela própria pode determinar o que é uma identidade por ela valorizada (Slade, 2012). Isto implica da nossa parte enquanto profissionais de saúde uma certa mudança de perspetiva no sentido que “o apoio à recuperação pessoal implica passar de uma abordagem de tratamento da doença para uma de promoção do bem-estar” (Slade, 2012, p. 12). Para Deegan (1996) as pessoas que foram rotuladas com uma doença mental são em primeiro lugar seres humanos, muito mais do que a soma da atividade eletroquímica cerebral. O objetivo do processo de *recovery* não é a normalização mas é tornar-se o ser humano original e irrepetível a que todos nós estamos chamados a ser.

Como seres únicos que somos e, como tal, com diferentes visões e interpretações da vida, a promoção do bem-estar numa perspetiva de *recovery* não é tarefa fácil. Foi com base na narração de várias experiências partilhadas por pessoas com doença mental que surgiram os quatro componentes do processo de *recovery*, a **esperança**, a **autoidentidade**, o **ter um sentido na vida** e a **responsabilidade pessoal** (Andresen, Oades, & Caputi, 2003). Neste sentido a **esperança** é o elemento catalisador do processo de *recovery*, foi descrita como proveniente de dentro da

pessoa ou acionada por um elemento significativo, um par ou um modelo. A **autoidentidade**, a perda do sentido de identidade e do próprio futuro são descritos por estas pessoas como um dos impactos terríveis da doença mental. O processo de auto-redefinição que implica conhecer-se a si próprio e conhecer a própria doença é dos aspetos cruciais para o *recovery*. **Ter um sentido na vida**, é outro dos aspetos fundamentais para o *recovery* da pessoa com doença mental, muitas vezes já não são possíveis os objetivos e metas de vida anteriores, é necessária uma reavaliação dos mesmos. Encontrar um sentido na vida é parte integrante do *recovery*, o seu significado pode variar de pessoa para pessoa, e possivelmente ao longo do tempo. A **responsabilidade pessoal** implica a capacidade de assumir responsabilidade pela própria vida, inclui a gestão do bem-estar, da medicação, a autonomia relativamente às próprias escolhas de vida, a responsabilidade pelas próprias ações, e a disposição para assumir riscos. Implica determinar o curso da própria vida, com o apoio e orientação dos profissionais de saúde.

O processo de *recovery* da doença mental não é apenas o recuperar da própria doença, é muito mais abrangente, pode implicar ter que “recuperar dos efeitos da institucionalização e do estigma social que ela provocou, da discriminação e do isolamento, da falta de oportunidades de auto-determinação e de participação social” (Duarte, 2007, p.128).

1.4 Empowerment (empoderamento)

O *recovery* está intimamente relacionado com o conceito de empowerment, que é identificado como uma combinação de auto-determinação para obter o controlo sobre a própria vida (Allott, Loganathan & Fulford, 2002). O Regulamento n.º 356/2015 estabelece que o termo *empowerment* refere-se a “um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde”. O mesmo regulamento estabelece ainda uma distinção entre *empowerment* para a saúde individual e comunitária salientando que no que diz respeito à saúde individual o *empowerment* “refere-se principalmente à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controlo sobre a sua vida pessoal” (p. 17039).

Para Slade (2012) o *empowerment* surge das crenças sobre a capacidade de agir e envolve comportamentos que têm um impacto positivo na vida das pessoas. De acordo com a abordagem tradicional a pessoa é considerada o problema. Numa perspetiva de *recovery* há uma mudança essencial, a pessoa é considerada como parte da solução e capaz de assumir a responsabilidade pela própria vida. Isto torna-se possível quando proporcionamos às pessoas com problemas de saúde mental esta chance porque ninguém pode tornar-se independente, se não lhe for dada a oportunidade de tomar decisões importantes sobre a própria vida (Chamberlin, 2013). Deste modo o *empowerment* implica uma mudança de atitude relativamente às pessoas com problemas de saúde mental, que deixam de ser vistas como “recipientes passivos” dos serviços, mas possuidoras de um papel ativo no seu processo de reabilitação (Jorge-Monteiro & Matias, 2007).

Cada pessoa deve encontrar a forma de viver o seu processo de *recovery* que é único. Durante o seu decurso a pessoa tem de ter a oportunidade de experimentar e falhar e tentar novamente. Para serem solidários com a pessoa em recuperação, os profissionais não devem privá-los da oportunidade de falhar, mas sim adotar o conceito da dignidade do risco e o direito ao fracasso (Deegan, 1996). É fundamental que a pessoa desenvolva competências de autogestão que “conduzem à capacidade de agir, ao empowerment e à resiliência que permitem lidar com contrariedades ou retrocessos” (Slade, 2012, p. 40).

1.5 The Tidal Model: O Modelo de Enfermagem para o Recovery

Como suporte teórico de enfermagem para o meu projeto de estágio escolhi algumas dimensões do Tidal Model uma vez que a sua orientação filosófica segue a perspetiva do recovery. Este modelo foi desenvolvido na Inglaterra entre 1995 e 1998 a partir de uma série de estudos que inicialmente se centraram na necessidade da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e na natureza da relação de poder entre enfermeiros e as pessoas submetidas aos seus cuidados. O modelo reconhece que o fenómeno da doença mental pode ser visto através de várias lentes teóricas mas ao mesmo tempo afirma a probidade de interpretar esses fenómenos como problemas da vida que limitam o funcionamento eficaz da pessoa aos vários níveis intrapessoal, interpessoal, transpessoal e espiritual (Barker, 2003). Este é o primeiro modelo desenvolvido por enfermeiros de saúde mental conjuntamente com grupos de pessoas sob os seus cuidados e, desenvolve-se nas situações mais difíceis tais como, contextos de unidades de internamento de agudos onde as pessoas se encontram no seu estado de maior vulnerabilidade (Barker & Buchanan-Barker, 2010).

O Tidal Model assume que o objetivo primordial do tratamento numa unidade de internamento de agudos é capacitar a pessoa para voltar à sua comunidade de origem, tão rápido quanto possível, ajudando-a a ser capaz de lidar melhor com os problemas da vida que tornaram necessário o internamento (Barker & Buchanan-Barker, 2010). A principal ênfase deste modelo está na exploração e desenvolvimento da experiência vivida pela pessoa em contexto de cuidados, numa perspetiva de esclarecimento dos significados e valores atribuídos pela pessoa aos problemas da vida (Barker, 2003). O modelo pretende ajudar a pessoa individualmente a fazer a sua própria viagem de descoberta sendo que a única utilidade real é efetivamente o que acontece ou o que a própria pessoa descobre. Em algum momento das nossas vidas, todos nós enfrentamos sérios desafios.

Barker (2001a) considera a vida como uma viagem num oceano de experiências, onde todo o desenvolvimento humano tanto na doença como na saúde envolve descobertas. Em pontos críticos dessa viagem a pessoa experimenta tempestades (crise), em outras ocasiões, o navio pode meter água e a pessoa pode enfrentar a perspetiva de afogamento ou naufrágio (colapso). A pessoa pode necessitar de ser guiada para um porto seguro para recuperar do trauma

(reabilitação). Uma vez equilibrado o navio da vida, e a pessoa tenha as ferramentas necessárias, pode prosseguir novamente com o curso da sua vida (*recovery*).

O *Tidal Model* pretende ajudar a pessoa a decidir o que tem de ser feito no momento presente para resolver as suas dificuldades e continuar assim a viver a sua vida de forma plena e significativa. O que faz a diferença na vida das pessoas não é o *Tidal Model* em si, mas o apoio que estas recebem das pessoas que com elas trabalham. Este modelo defende a filosofia do envolvimento do cliente no seu próprio processo terapêutico baseando a sua construção na experiência vivida e narrada pela própria pessoa (Barker & Buchanan-Barker, 2010). Os autores deste modelo salientam que o trabalho de recuperação deve começar o mais rapidamente possível, de preferência quando a pessoa entra em contacto com o serviço. Normalmente a pessoa que se dirige a um serviço é acompanhada por uma carta de referência descrevendo histórias passadas de cuidados e tratamento. O foco incide muitas vezes sobre a doença em vez da pessoa. Assim, a primeira tarefa do enfermeiro é descobrir quem é a pessoa que está por detrás dessas histórias e quais os problemas de vida que a fazem comparecer para atendimento. Seguidamente o enfermeiro deve negociar com a pessoa o tipo de apoio que esta necessita para começar a resolver estes problemas e tentar perceber o que ajuda a pessoa a sentir-se mais segura, a ter menos riscos de dano para si e para os outros. Todas as estratégias que este modelo preconiza visam manter a autonomia do cliente. O processo de cuidados é visto como um ensaio para a autogestão (Barker & Buchanan-Barker, 2010).

No *Tidal Model* o *recovery* significa pôr a funcionar novamente. Uma panóplia de problemas e experiências humanas são descritas como diferentes formas de doença mental e, todas elas implicam um abrandamento ou interrupção no processo de desenvolvimento pessoal, intrapessoal, social ou alguma outra interferência no quotidiano da vida (Barker & Buchanan-Barker, 2010). Assim o *Tidal Model* também visa desenvolver o *recovery* a partir das narrações das histórias de vida e experiências de luta dos próprios clientes. A novidade deste modelo pode estar no momento de iniciar o processo de *recovery*, como refere Barker e Buchanan-Barker (2010) um serviço de cuidados em fase aguda de doença tem como objetivo primordial proporcionar à pessoa um ambiente seguro para tornar possível o trabalho de reparação, do *recovery* a empreender. A experiência de internamento numa fase

aguda da doença funciona como um espaço de ensaio para a resolução dos problemas da vida que tornaram necessário o internamento. Este é o percurso necessário para voltar a reintegrar-se na respetiva comunidade. O profissional que trabalha neste modelo tem por missão ajudar o cliente a identificar, a descrever as questões ou problemas que o levaram a esta situação específica da sua vida. Torna-se necessário que os enfermeiros se aproximem das pessoas que estão sob os seus cuidados, de modo que em conjunto possam explorar a experiência de saúde e doença (Barker, 2001b).

O *Tidal Model* oferece-nos um conjunto de dez compromissos e vinte competências (apêndice I) que constituem a essência da prática do modelo. Esses valores fornecem um foco filosófico aos profissionais para ajudarem as pessoas a fazer as suas próprias mudanças de vida, ao invés de tentarem gerir ou controlar os sintomas. Segundo os autores também nos servem de guia para quando o céu está escuro, a maré está alta e nós sentimos medo (Barker & Buchanan-Barker 2005).

2. PROMOVER O RECOVERY - DESENVOLVER COMPETENCIAS

2.1 Estágio no Internamento de Psiquiatria de Adultos

Este Serviço tem como missão específica, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento de pessoas adultas, com perturbação mental grave, em fase aguda de doença, disponibilizando internamentos de curta e média duração. Tem uma capacidade de 42 camas. Tem como objetivos:

- ✓ Prestar uma assistência humanizada, integral e integrada;
- ✓ Acompanhar a pessoa com dedicação e respeito pela sua situação atual, singular e única;
- ✓ Promover a autonomia, a autoestima e a autoconfiança da pessoa assistida;
- ✓ Realizar uma avaliação diagnóstica interdisciplinar;
- ✓ Otimizar o tratamento com todos os meios terapêuticos disponíveis;
- ✓ Contribuir para o conhecimento e a consciência acerca da perturbação mental;
- ✓ Apoiar a integração da família no plano individual de intervenção.

A equipa é constituída por médicos psiquiatras, médicos de clínica geral, enfermeiros, dos quais dois especialistas em enfermagem de saúde mental, psicólogos, terapeuta ocupacional, psicomotricista, assistente espiritual e ajudantes de enfermaria. Quando necessário, procede-se à alocação de outras áreas técnicas, nomeadamente fisioterapia, serviço de nutrição, entre outros recursos/áreas assistenciais (Plano de Atividades Anual 2015).

Tendo este Serviço como missão específica, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento de pessoas adultas, com perturbação mental grave, em fase aguda de doença, achei pertinente aplicar ali o meu projeto que visa promover o *recovery* nestas pessoas. Nesta perspetiva Barker e Buchanan-Barker (2010) salientam que um serviço de cuidados em fase aguda de doença tem como objetivo primordial proporcionar à pessoa um ambiente seguro para tornar possível o trabalho de recuperação a empreender. A experiência de internamento numa fase aguda da doença funciona como um espaço de ensaio para a resolução dos problemas da vida que tornaram necessário o internamento. De facto os numerosos efeitos negativos da «doença mental grave» na vida das pessoas, com a consequente perda da

funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social associado muitas vezes a experiências de fracasso levam a pessoa a desenvolver uma percepção negativa de si própria. Neste sentido torna-se crucial trabalhar a autoestima e o autoconceito.

De acordo com Serra (1988), o autoconceito pode ser definido, como a percepção que a pessoa tem de si própria e o conceito que, devido a isso, forma de si. Por sua vez, Sequeira, (2006) define o autoconceito como “o conceito que o indivíduo faz de si próprio, como um ser físico, social e espiritual ou moral” (p. 57). Ainda de acordo com este autor a pessoa para desenvolver um bom autoconceito precisa de sentir-se aceite ser autónoma e competente, tudo isto deve ser percebido durante a educação, através dos seus pares, pessoas significativas e do contexto envolvente (Sequeira, 2006).

Associado ao autoconceito surge a autoestima que “é uma atitude do indivíduo para consigo próprio, que vai sendo adquirida ao longo do crescimento e do desenvolvimento” (Sequeira, 2006, p. 62). Por sua vez, Townsend (2011) defende que “a auto-estima refere-se ao grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos” (p. 250). Ao longo da vida, muitas pessoas pelas mais variadas razões, não tiveram a oportunidade de desenvolver um bom autoconceito e de manter a sua autoestima. As pessoas com «doença mental grave» muitas vezes passam por experiências negativas de rejeição, marginalização, de estigma, que as levam a desenvolver um autoconceito negativo e a perder a sua autoestima. Como EESM considero fundamental ajudar a pessoa a construir uma identidade positiva otimizando a visão de si própria. Esta é uma forma de investir no *recovery* destas pessoas ajudando-as a recuperar destes efeitos dramáticos que a doença mental lhes provocou. A promoção do autoconceito e da autoestima permite ajudar a pessoa a modificar o modo como se percebe e sente em relação a si própria (Townsend, 2011).

No âmbito da promoção da saúde compete ao EESM “a promoção de competências, tais como (...) a auto consciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a auto confiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância” (Regulamento n.º 356/2015, p. 17036). Foi neste sentido que desenvolvi um programa de intervenção junto dos clientes com o objetivo de promover a

autoestima, experiências edificantes, a esperança, e potenciar uma identidade positiva.

A avaliação inicial

Após a integração no serviço e na equipa multidisciplinar e depois de ter apresentado o meu projeto à equipa de enfermagem comecei por fazer individualmente, uma avaliação inicial utilizando para tal uma adaptação da escala da avaliação holística (The Holistic Assessment) de Barker & Buchanan-Barker (2005) (Apêndice II). De acordo com os autores, esta avaliação tem como foco o mundo experiencial da pessoa e, ao mesmo tempo proporciona uma oportunidade formal para a pessoa contar a história dos acontecimentos recentes e a forma como estes estão ancorados na sua história de vida (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Esta também é uma estratégia que permite iniciar uma relação de ajuda e que se reveste de uma importância crucial uma vez que vai criar o clima da relação que se vai seguir (Phaneuf, 2005). O meu objetivo relativamente a esta avaliação foi obter uma visão global dos clientes, conhecer as suas histórias de vida, as suas potencialidades, as suas dificuldades e lutas para as ultrapassar ou para lidar com elas. Deste modo procedi à avaliação de doze pessoas das quais foram selecionadas oito para participar no programa de intervenção o qual desenvolverei mais adiante.

O primeiro ponto do guião da avaliação inicial continha três perguntas: o que o trouxe a este serviço? Na sua opinião qual foi o problema? Como se sente em relação ao que aconteceu e/ou está a acontecer? O objetivo era perceber se a pessoa tinha insight ou não e como estava a vivenciar o problema no momento presente. Logo no início percebi que não fazia sentido estas três perguntas. Acabei por utilizar apenas a primeira: o que o trouxe a este serviço? Esta questão levou a maioria das pessoas a contar a história da sua vida, em alguns casos não tive necessidade de fazer as questões seguintes porque o cliente tinha partilhado muita coisa sobre a sua história de vida e de doença. De facto as questões abertas conferem uma grande riqueza às nossas trocas. Elas dão acesso a um largo registo de informações que são necessárias para conhecer melhor o cliente (Phaneuf, 2005). Nos clientes com ideação delirante percebi que uma questão aberta dá azo a que o cliente divague, saltando de um assunto para outro. Várias vezes tive de recorrer à técnica da síntese

na tentativa de ajudar o cliente a reorganizar o seu pensamento, sentindo eu também dificuldade de o fazer sobretudo quando o conteúdo era de índole delirante, várias vezes tive de redirecionar a entrevista.

A segunda pergunta: Como é que esta situação o afetou? De um modo geral que efeito tem este acontecimento em si e na sua vida? Tinha como objetivo perceber as repercussões que este acontecimento teve na vida da pessoa. Aqui a maioria dos clientes referiu-se ao aspeto laboral, alguns tinham perdido o emprego, outros estavam de baixa e ainda sem perspetivas nem forças para recomeçar. Também aqui utilizei somente uma das perguntas. A terceira questão como é que este acontecimento influenciou a sua relação com as outras pessoas (família, amigos e outros)? Alguns clientes sobretudo os que estavam num primeiro internamento sentiam que as relações sociais não tinham sido afetadas outros porém com vários reinternamentos já consideravam ter perdido os amigos e outras relações sociais, permanecendo no entanto a família. A quarta pergunta: Como se sente agora? Quais são os seus sentimentos sobre a situação que está a vivenciar neste preciso momento? Que tinha como objetivo explorar o contexto emocional atual, acabei por perguntar apenas: Como se sente agora? Em alguns casos não fiz esta pergunta porque o estado emocional da pessoa era muito evidente e não me fazia sentido fazer essa pergunta.

A última questão: O que gostaria que acontecesse na sua vida agora? O que espera que seja feito relativamente a esta situação? O que necessita mudar para que isso aconteça? Tinha como objetivo perceber que tipo de suporte a pessoa julgava ser apropriado e partindo desta avaliação delinear com a pessoa o seu plano individual de intervenção. Quase todas as pessoas nesta pergunta expressaram os seus projetos para o futuro, nomeadamente recuperar, ter alta e prosseguir com a sua vida por diante. Esta foi a questão que me deu maior satisfação desenvolver com os clientes porque ao falarem de seus projetos futuros era notória a mudança na expressão de cada um. Mesmo os clientes que evidenciavam sintomatologia depressiva quando se referiam ao que gostariam que acontecesse nas suas vidas no momento atual evidenciavam uma réstia de esperança na expressão do seu olhar. Após esta experiencia de entrevistas e se tivesse de elaborar neste momento um guião colocaria apenas uma pergunta em cada ponto. Como refere Phaneuf (2005) “

é preciso evitar colocar demasiadas questões. Uma relação com um doente não é um inquérito. A conversação deve ser calorosa e descontraída e desenrolar-se num clima de confiança” (p.128).

Brookes, Murata & Tansey (2008) referem que através de uma avaliação holística, os enfermeiros aprendem não só como as pessoas chegaram aonde estão neste momento, como surgiram os seus problemas imediatos, mas também, a forma como podem descobrir as próprias soluções. Esta foi uma porta que me possibilitou entrar na vida destas pessoas conhecer as suas histórias de vida únicas, histórias estas que me permitiram conhecer cada pessoa, as suas vivências, algumas histórias de grande sofrimento que me levaram a valorizar a minha própria história, a agradecer aquilo que sou e tenho. Os autores do Tidal Model dizem que como profissionais precisamos de desenvolver formas de expressar interesse autêntico pela história da pessoa, para que esta venha a compreender-se melhor. Trata-se de desenvolver uma curiosidade genuína que reflete o interesse do profissional na pessoa e na sua experiência única (Buchanan_Barker & Barker, 2008). Procurei manifestar este interesse na pessoa e na sua história, e pude compreender a luta que estas pessoas travam para aprender a conviver com uma «doença mental grave». Desta escuta resultou uma relação empática com os clientes.

A avaliação inicial proporcionou-me também a oportunidade de adquirir competências na realização de entrevistas formais. Desenvolvi esta técnica bem como as técnicas da comunicação verbal e não-verbal. No desenrolar das entrevistas fui sentindo dificuldades de vária ordem, dificuldades estas que foram ultrapassadas na medida em que as entrevistas se foram sucedendo. Inicialmente estava muito centrada no guião, preocupada em escrever tudo, posteriormente fui-me libertando do papel e estando mais atenta ao não-verbal do cliente e aos meus sentimentos e emoções. Senti que descentrando-me do guião estava a manifestar interesse pela pessoa que tinha diante de mim e pela sua história. O dirigir o olhar para o cliente permitiu-me estar atenta ao seu não-verbal e como tal compreender melhor o significado das palavras, o sofrimento que estas acarretavam. Chalifour (2008) refere que “olhar o cliente, é manifestar-lhe atenção. É, de uma certa maneira, confirmar a sua existência aos nossos olhos. Esta primeira marca de interesse é indispensável para o início do contacto e a continuação da troca” (p 144). O consciencializar-me dos

meus sentimentos e emoções durante as trocas também constitui uma forma de conhecer-me melhor e de perceber aquilo que me motiva na relação com o outro. Aludindo ao interveniente Chalifour (2008) refere que “um conhecimento aprofundado das motivações pessoais e profissionais que o habitam permitem-lhe dar um sentido a esta relação e dosear a energia que nela investe” (p. 27).

Desenvolvimento do programa de intervenção e análise dos resultados

Para a concretização do meu projeto, defini como objetivo geral, contribuir para o *recovery* (recuperação pessoal) da pessoa com «doença mental grave». Entende-se por «doença mental grave» a “doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (Decreto-Lei n.º 22/2011, p.718).

Como objetivos específicos propus-me promover a autoestima, promover experiências edificantes, promover a esperança e potenciar uma identidade positiva. Tendo por base estes objetivos, os resultados das avaliações iniciais, os resultados da aplicação da Rosenberg Self-Esteem Scale (anexo I) e o consentimento informado dos clientes que iriam participar nas atividades planeei intervenções de âmbito psicoterapêutico baseadas no modelo Tidal que fossem ao encontro das necessidades detetadas.

Foi constituído um grupo de oito pessoas, cinco mulheres e três homens, com «doença mental grave», internadas num serviço de psiquiatria de agudos com idades compreendidas entre os trinta e um e os setenta e cinco anos, com vários diagnósticos como se pode ver na caracterização da população no apêndice III. Como critérios de inclusão foram definidos os seguintes: clientes que apresentassem um score na Rosenberg Self-Esteem Scale inferior a 40. Que quisessem participar, que estivessem orientados, soubessem ler e escrever. Como critérios de exclusão: clientes que apresentassem um quadro de instabilidade que não lhes permitisse aderir às normas do grupo nem cumprir os critérios de inclusão instituídos.

O programa de intervenção era constituído por oito intervenções semanais, com a duração de 60 minutos cada, e visava os seguintes objetivos: trabalhar o autoconceito e a autoestima; descobrir o valor da vida apesar das “pedras” que vão surgindo no dia-a-dia; aprender a valorizar as pequenas coisas da vida; descobrir os

recursos para gerir a própria vida; criar um *kit* de Esperança; reconhecer e integrar na vida as próprias fragilidades e fortalecer o autoconceito e a autoestima. No fim de cada atividade foi solicitado aos clientes para fazerem uma pequena avaliação (apêndice IV) cujos resultados se encontram no apêndice V.

As intervenções foram sendo programadas tendo em conta não só as necessidades detetadas inicialmente, mas também, partindo daquilo que os clientes partilhavam durante as atividades em termos de vivências, sentimentos e emoções.

Ao fim de três sessões um dos elementos teve alta clínica. Um outro elemento desistiu ao fim da quarta sessão por um problema de saúde físico. Um terceiro elemento participou em cinco das sessões tendo sido transferido para outra unidade. Os restantes cinco elementos participaram em todas as sessões.

Formar um grupo

No início da primeira atividade (apêndice VI) foram apresentados os objetivos e as regras do grupo. Para apresentar o grupo, promover a sua coesão e aumentar o envolvimento entre os participantes foi pedido aos clientes para ao som de uma música de fundo deambularem pela sala de uma forma descontraída, procurando sentir o espaço, o estado do seu corpo, ou seja, concentrarem-se no “aqui e agora”. Depois foi-lhes sugerido para cumprimentarem-se com um aperto de mão, olhando-se e sorrindo. Seguidamente e em círculo, apresentarem-se indo ao meio dizendo o nome e uma característica sua.

A segunda parte da atividade tinha como objetivos promover o autoconhecimento e o conhecimento mútuo entre os participantes, melhorar o autoconceito e a autoestima e permitir a expressão de sentimentos e emoções. Para tal foi solicitado aos participantes para escolherem imagens de revistas, com as quais se identificassem para posteriormente partilharem sobre o porquê dessa escolha.

A atividade proporcionou aos clientes momentos de partilha, todos participaram ativamente, de um modo geral focaram-se em momentos de maior dificuldade, sofrimento e tristeza, expressando sentimentos e emoções relativos a esses acontecimentos dolorosos. Na avaliação desta atividade os clientes manifestaram

sentimentos de bem-estar e satisfação, valorizaram o convívio e a partilha entre o grupo, o autoconhecimento e o conhecimento do outro.

No momento da partilha em que os clientes expressaram sentimentos e emoções eu senti-me “perdida”, perguntei a mim mesma e agora que faço com isto? Como intervir, o que responder? A orientadora acabou por fazer um resumo da partilha dando-lhes um feedback, reforçando os aspetos positivos dessa partilha e salientando que a vida também tem coisas boas, que todos já passámos por momentos bons, aliás, sabemos que existem momentos tristes porque já passámos por momentos bons. Eu saí desta atividade com um sentimento de frustração por não ter sido capaz de fazer uma síntese da partilha, de terminar a atividade devolvendo algum feedback aos clientes. Fui para casa com este sentimento, considerando que atividade tinha corrido mal, apesar do reforço positivo da orientadora clínica e dos clientes também terem verbalizado que gostaram. Com tudo isto alguém me ajudou a consciencializar-me de que o estágio constituía um período de aprendizagem, e como tal não podia ter a pretensão de fazer tudo bem logo ao princípio, que havia espaço para errar... Este alerta foi muito importante para mim naquele momento, percebi que na verdade tinha muito a aprender, que até podia errar, (o que me dava muito medo) e que até podiam surgir momentos em que eu podia não ser capaz de fazer melhor. Foi um dos processos favorecedores da tomada de consciência de mim, que como refere Chalifour (2008) “certos processos manifestam-se de uma forma contínua, favorecem o nosso auto-conhecimento e a clarificação do que queremos, do que fazemos e do porque fazemos” (p. 224).

Aprender a valorizar a própria vida

A segunda atividade (apêndice VII) foi sobre biblioterapia, foi proposta e orientada pela enfermeira chefe da Unidade, EESM. Refletimos sobre o texto “Pedras no caminho” de Fernando Pessoa. Foi disponibilizado o texto a cada elemento do grupo para leitura, reflexão e partilha dos aspetos com os quais mais se identificaram. Cada elemento foi partilhando e automaticamente todos foram reportando-se à própria vida partilhando momentos nos quais pareciam haver obstáculos intransponíveis mas que depois de ultrapassados puderam encontrar neles algum sentido.

A terapeuta foi ajudando as pessoas a entender o sentido do texto referindo-se à importância de falarmos sobre nós mesmos, lançando algumas questões sobre o que fazemos perante uma crítica injusta? Como podemos agarrar essas coisas menos positivas e construir algo de bom com elas. Falou ainda sobre a vida vista como uma empresa e desafiou-nos com algumas questões tais como: será que a nossa vida é o nosso maior investimento? O que fazemos para evitar que ela vá à falência?

Foi muito interessante a forma como alguns clientes foram compartilhando que em alguns momentos deixaram de investir na própria vida por esta ter perdido o seu sentido. A terapeuta referiu que a situação de internamento pode ser entendida como uma pedra no caminho, pedra essa que pode abrir novos caminhos. Lançou ainda outros desafios, o que é que nos alimenta? O que nos faz sentir bem? Não podemos querer resolver todos os nossos problemas num só dia...etc.

Da avaliação desta atividade os participantes destacaram sentimentos de bem-estar e satisfação, salientaram a partilha entre o grupo, e o conhecimento do outro. Emergiram também sentimentos de esperança, “ existem pedras no caminho mas podemos construir um caminho melhor” Elemento (E.), (E.6), bem como sinais de empoderamento, esta atividade serviu para “olhar para cima e ter coragem e força de vontade para enfrentar as pedras no meu caminho” (E. 8).

Esta atividade constituiu um momento de aprendizagem para mim, percebi como se pode trabalhar vários aspetos a partir de um texto e como este facilita a partilha e a expressão de sentimentos e emoções por parte dos envolvidos. Como referem Guedes & Baptista (2013) a pessoa por meio da leitura, pode envolver-se emocionalmente com o texto, aplicando o que leu à sua própria vida. A literatura, ao proporcionar catarse, torna-se um aliado no envolvimento do leitor com a informação do texto.

Valorização pessoal

Na terceira atividade (apêndice VIII) foi entregue a cada membro do grupo um folheto previamente elaborado em que se pedia para na primeira parte cada pessoa escrever o nome com letras grandes e decorar com lápis e canetas de cor conforme o seu gosto. Na parte de dentro do folheto existiam três categorias respetivamente a

minha melhor característica, as coisas em que sou bom/boa e o último momento que me trouxe bem-estar e alegria. Pedia-se para cada pessoa escrever sobre cada uma dessas categorias. Da parte de trás havia um espaço dedicado a **aquilo que os outros mais admiram em mim.** Aqui pedia-se a todas as pessoas do grupo para escreverem com exceção da própria. No fim houve a partilha do que cada pessoa escreveu, do que os outros disseram sobre si e, como cada um se sente com o que foi dito acerca de si.

Foi muito interessante ver como as pessoas participaram ativamente na atividade e era evidente a sua satisfação. Todos encontraram momentos de bem-estar e alegria para partilhar. Algumas pessoas partilharam sobre momentos recentes tais como a visita dos familiares no último fim-de-semana, a notícia da alta para breve etc. mas, outras referiram-se a momentos pontuais tais como o nascimento dos filhos que já aconteceu há muitos anos, o aniversário, etc.. A orientadora procurou explorar se de facto desde esses acontecimentos tão longínquos não aconteceram mais nenhum momento de bem-estar e alegria. Algumas pessoas confirmaram não ter tido mais nenhum momento desde aí porém, quando confrontadas sobre outros momentos que possivelmente terão tido acabaram por descobrir que de facto existiram apesar, dos muitos sofrimentos e, que ainda hoje continuam a tê-los, sobretudo com a família (filhos e netos).

Foi gratificante ver o empenho dos clientes na realização desta atividade, inicialmente eu estava um pouco insegura quanto ao desenvolvimento da mesma mas depois percebi que o grupo estava a aderir bem, com algumas pessoas a superar as minhas expectativas. Da avaliação novamente ressaltaram a partilha com o outro, o autoconhecimento, a autoestima, os recursos pessoais e a satisfação. Pretendia com esta atividade que os clientes melhorassem o autoconceito e a autoestima e expressassem aspetos positivos sobre si próprios. De facto vários elementos assinalaram como descoberta desta atividade o possuírem qualidades, descobri “a minha personalidade, que tenho qualidades (E.1), “descobri que tinha qualidades” E.2), “tenho qualidades que são apreciadas por outras pessoas” (E.3), “sou um ser cheio de qualidades (E. 8).

Eu apesar de me sentir mais à vontade nesta atividade, menos centrada em mim, tive dificuldade em pegar naquilo que os clientes foram expressando e tentar

explorar com eles outras possibilidades. Senti que ainda me faltava a perspicácia da exploração que me permitiria a partir do que diz e faz o cliente, ajudá-lo a “especificar o seu pensamento ou explorar certos aspectos de si relativamente aos quais não tem acesso directamente” (Chalifour, 2008, p. 179). Contudo consegui intervir um pouco mais do que na primeira atividade, apesar de ainda ter muito a aprender, senti que estava a adquirir competências no desenvolvimento destas atividades.

Descobrir as coisas boas da vida

Uma vez que na terceira atividade alguns clientes tiveram dificuldade em encontrar o último momento que lhes trouxe bem-estar e alegria, na quarta atividade (apêndice IX) foi entregue uma árvore por colorir, pedia-se que a colorissem e escrevessem nos seus ramos cinco coisas boas que lhes tivessem acontecido no último ano. Ao princípio alguns elementos garantiam que não podiam escrever nada porque nada de bom lhes tinha acontecido ultimamente no entanto, havia outros que ao contrário tinham outra perspetiva, consideravam por exemplo, o internamento como algo positivo por estarem a recuperar a saúde, por terem feito amizades etc. Sugeri aos que não tinham nada para escrever que começassem por pintar a árvore enquanto iam pensando mais um pouco.

Um dos elementos do grupo que sofre de depressão grave e foi internado por tentativa de suicídio, estava mais renitente em encontrar algo de bom na sua vida. Pedi-lhe que tentasse recordar pelo menos um aspeto positivo e dei-lhe espaço para partilhar. A cliente começou por falar dos filhos, que eram amorosos, saudáveis, falou dos netos que eram lindos, de quem tinha muitas saudades. Partilhou sobre o tempo em que cuidou deles, dos acontecimentos importantes das suas vidas, foi partilhando vários aspetos sobre a sua família. Um dos compromissos do *Tidal Model* consiste em oferecer tempo ao cliente, tempo este que é promotor de mudança (Buchanan_Barker & Barker, 2008). Neste sentido proporcionei tempo à cliente para partilhar aspetos importantes da sua história de vida. Por fim tentei que esta se consciencializasse de que essas já eram algumas das coisas boas que tinha na sua vida ao que ela concordou. No fim com um fôlego expressivo e sorridente disse que valeu a pena ter vindo à atividade, que se sentia contente pela descoberta de ainda ter coisas boas na sua vida. Segundo Botega (2006) “uma perceção mais otimista da vida, com razões

para se continuar a viver, opondo-se ao sentimento de desesperança, protege contra o suicídio” (OE, 2012, p.30).

Recordo uma outra cliente que partilhou como um aspeto positivo o facto de ter saído ilesa de um incêndio na sua casa que poderia ter sido fatal. Confesso que esta partilha surpreendeu-me pela positiva porque esta cliente evidenciava sintomas negativos, com embotamento afetivo e avolia e dificilmente interagiu com alguém. Nesta perspetiva Deegan (1996) desafia-nos como profissionais de saúde a abandonarmos a nossa distanciada postura profissional e, com verdadeira humildade, olharmos a pessoa portadora de uma doença mental como uma heroína. Talvez alguns de nós não tivéssemos sobrevivido ao que esta pessoa sobreviveu e talvez esta pessoa tenha feito o que nós não seríamos capazes de fazer. Porque esta cliente não parou de me surpreender e a fim de a conhecer melhor decidi fazer um estudo de caso sobre ela (apêndice X).

Na avaliação da atividade os clientes manifestaram gosto por estar em grupo, bem-estar e satisfação. Valorizaram o facto de a atividade lhes proporcionar momentos de reflexão e aprendizagem, “aprender a reconhecer os momentos mais bonitos da minha vida” (E.4), serviu para “refletir um pouco” (E.7). Alguns também expressaram sentimentos de esperança, sinto que “a minha vida vai melhorar” (E.8), outros evidenciaram recursos pessoais, “neste ano tive coisas boas (E.7), ”tenho momentos bons na vida” (E.4), “existem momentos bons” (E.8).

Eu perante a “ameaça” inicial de não adesão de alguns clientes a esta atividade e, sabendo de antemão que seria um tema difícil uma vez que estão no grupo várias pessoas com depressão, senti-me um pouco desanimada e insegura, colocando em questão a atividade programada. O desenvolvimento destas atividades permitiu-me tomar consciência das minhas inseguranças e ao mesmo tempo fortaleceram-me no sentido de perceber que os obstáculos ultrapassam-se. No fim percebi que a atividade fez muito sentido para os clientes, que os ajudou a olhar a vida de uma forma mais positiva.

Descobrir recursos para gerir a própria vida

A quinta atividade (apêndice XI) teve como pano de fundo a sessão de biblioterapia sobre o texto “Pedras no caminho” de Fernando Pessoa. O objetivo principal era ajudar as pessoas a descobrir os recursos para gerir a própria vida. Como objetivos específicos a atividade visava ajudar a refletir sobre as próprias competências de autogestão, promover a autonomia, a adesão terapêutica e proporcionar uma experiência edificante.

Para tal foi entregue a cada membro do grupo uma folha A3 que continha no centro um castelo simbolizando a vida de cada um e a seguinte pergunta: que recursos tenho para manter o meu castelo de pé? Foram colocadas na mesa várias imagens alusivas aos possíveis recursos e foi pedido a cada pessoa para escolher as imagens relativas aos seus recursos tanto internos como externos. Foram colocadas também ao dispor lápis de cor para quem quisesse pintar o castelo.

Os clientes aderiram bem à atividade, com exceção de uma pessoa que teve dificuldade em entender e necessitou de maior apoio. No fim partilharam justificando a escolha das imagens e a importância desses recursos sobretudo nos momentos de maior dificuldade em que a vida não corre tão bem. Várias pessoas destacaram a família como um recurso importante e alguns partilharam que têm estado distantes da mesma e manifestaram o desejo e o propósito de reaproximar-se desta.

Aproveitei também para trabalhar a adesão ao projeto terapêutico, e assim havia imagens alusivas à toma da medicação, às consultas médicas e de enfermagem. As imagens relativas às consultas algumas pessoas consideraram-nas como um recurso mas as relacionadas com a toma da medicação não foram escolhidas por ninguém. Neste momento falei-lhes da importância deste recurso para manter o castelo firme e, como é fundamental recorrer aos profissionais de saúde ou até mesmo à família quando sentirem que não estão bem. Depois disto algumas pessoas procuraram a imagem para juntar aos vários recursos mas percebi que esta é uma das dificuldades sobretudo para alguns clientes. Um elemento do grupo referiu na avaliação que o que menos gostou na atividade foi “aceitar que a medicação pode ser o mais importante” (E.8). Sobressaíram ainda na avaliação como aspetos importantes a partilha, o estar em grupo, o autoconhecimento, a aceitação de si e a

possibilidade de fazer escolhas, “saber o que nos pode fazer bem, inclusive a medicação” (E.8) descobri que “posso fazer muitas coisas” (E.5).

À medida que vou desenvolvendo as atividades vou-me sentindo mais segura e mais à vontade, sinto que há uma maior coesão e confiança no grupo, há um crescendo no sentido de pertença ao grupo, como se pode verificar, descobri que “é bom estar em grupo” (E.4), o que mais gostei “foi de estarmos todos juntos” (E.2), “a união de todos” (E.5) “foi bom este momento de partilha” (E.2).

Kits de esperança

Na sexta atividade (apêndice XII) os clientes foram convidados a criar os seus «kits de esperança», “este «Kit de Esperança» pode conter itens que representam esperança para o cliente, tais como fotografias de família, música, objetos ou imagens com simbolismo ou significativas, relatos de experiência, entre outros” (OE, 2012, p.44-45). Assim, foi entregue a cada cliente um estojo com a etiqueta «Kit de Esperança» como se pode verificar no apêndice XIII.

Reportando à sessão anterior cada pessoa foi convidada a pensar em 3 recursos promotores de esperança que guardariam no estojo por ex. fotografia da família ou de alguém significativo, música preferida, imagens etc. Foram colocadas ao dispor várias imagens alusivas aos vários recursos e pedaços de papel em branco, para quem desejasse escrever algum recurso que não constasse nas imagens. Quando estava a preparar esta atividade a minha primeira proposta era perguntar aos clientes qual era a sua maior esperança porém, hesitei e decidi optar pela criação do «Kit de esperança» no entanto, quase todos os clientes de uma forma espontânea foram escrevendo sobre as suas esperanças.

Houve uma boa adesão a esta iniciativa, os clientes escolheram várias imagens e escreveram outros aspetos que lhes dá esperança, no fim todos partilharam essas mesmas esperanças, falaram dos seus sonhos e valorizaram sobretudo a família, os amigos, o desporto como recursos promotores de esperança. De facto “a esperança é relativa à confiança que a pessoa tem em si e nas suas capacidades para encontrar um futuro melhor, estando associada às habilidades dos indivíduos em se adaptarem e enfrentarem a vida e os problemas que se lhes colocam” (OE, 2012, p. 43).

Na avaliação os clientes destacaram algumas das descobertas que esta atividade lhes proporcionou, “descobri que era um pouco mais forte” (E.5), que “é difícil viver sem esperança” (E.7), que “tenho muita esperança dentro de mim” (E.8), que “a vida é esperança” (E.6). Relativamente aos sentimentos no final desta sessão, sinto que “ganhei mais esperança” (E.4), “todos partilham do mesmo fim” (E.7), “feliz e com mais entusiasmo” (E.8). Esta atividade serviu para: “desabafarmos sobre a esperança” (E.4), “abrir um pouco mais os olhos ” (E.5), “esclarecer que sem esperança a vida é vazia” (E.6), “aprender a abrir-me mais” (E.7), “rever o que é a esperança e saber como e onde podemos contar com ela” (E.8).

Eu cada vez vou-me sentindo mais à vontade, mais confiante nas minhas competências e no potencial terapêutico das minhas intervenções. Sinto que estas atividades têm impacto da vida destas pessoas, que lhes tem dado oportunidade de refletir e descobrir o lado positivo da vida que existe concomitantemente com esse lado mais negativo que pode ser o viver sob o peso de uma doença mental. Como referem Petersen, Friis, Haxholm, Nielsen & Wind, (2015) as pessoas com doença mental experimentam períodos críticos nos quais é necessário lutar para manter a esperança.

Reconhecer e integrar na vida as próprias fragilidades

A sétima atividade (apêndice XIV) teve como objetivo geral ajudar a reconhecer e integrar na vida as próprias fragilidades. Foi entregue a cada elemento do grupo um texto sobre a parábola da rosa. O texto foi lido em voz alta, por um dos elementos do grupo, seguidamente foi pedido a cada pessoa para lê-lo novamente de forma individual e refletir sobre o mesmo. Depois houve um momento de partilha em que cada um foi dizendo o seu parecer sobre o texto, sobretudo a aplicação que o mesmo tem na própria vida.

Vários elementos referiram que não se pode deixar a rosa morrer só porque tem espinhos, que podemos arranjar estratégias para não nos picarmos. Algumas pessoas referiram que a vida é feita de bons e maus momentos e que em cada um de nós existem coisas boas e menos boas. Dois dos elementos tiveram alguma dificuldade de abstração e precisaram de ajuda para transpor o texto para as suas vidas.

Posteriormente foi entregue uma folha A4 com uma rosa por colorir e a pergunta seguinte: será que rejeitamos a rosa por ela ter espinhos? Aqui pedia-se para cada um colorir a rosa e escrever no caule da mesma os seus espinhos. Houve aqui algum mal-entendido porque as pessoas tentaram unicamente responder à pergunta. Voltei a pedir para cada um pensar nos seus espinhos, houve uma certa dificuldade em dar nome a esses espinhos, a opinião de que todos temos defeitos era unânime, mas, dar-lhes nome foi a parte mais difícil.

Compreendi perfeitamente esta dificuldade pois o exercício também foi difícil para mim. Após alguma elucidação as pessoas acabaram por partilhar algumas das suas dificuldades. Um dos elementos referiu a sua relação com o pai como um dos seus “espinhos” neste momento da sua vida e, em conjunto procurámos algumas estratégias para ultrapassar este obstáculo. Um dos estratagemas utilizados pela cliente era passar o mínimo tempo em casa porém, este comportamento acabava por agravar mais a situação pois o pai ficava ainda mais irritado com ela. Foi interessante como os outros elementos do grupo foram dando a sua opinião, partilhando a vivência de situações idênticas e a forma como as ultrapassaram.

Na avaliação desta atividade todos valorizaram a importância de refletir sobre as suas dificuldades e consideraram esta atividade como um momento de ultrapassar barreiras “a vida tem maus momentos e devemos superá-los” (E.6) e de aprofundamento do autoconhecimento, “tenho defeitos” (E.4), “podia ser mais feliz (E.5), “esta atividade serviu para descobrir os meus defeitos” (E.4), “ver os nossos defeitos (E.5), “esclarecer que a vida está cheia de surpresas” (E.6) “descobrir que nem tudo são rosas” (E.7), “falar acerca dos espinhos na nossa vida” (E.8).

Com esta atividade aprendi que tenho de ser mais objetiva. O facto de ter colocado a pergunta: será que rejeitamos a rosa por ela ter espinhos, levou as pessoas a cingirem a resposta a essa pergunta, apesar de eu ter dito que era para cada um pensar e escrever sobre os seus espinhos. Sinto que tenho aprendido bastante ao longo destas intervenções, sinto-me mais liberta dos meus preconceitos e inseguranças. Já consigo intervir de uma forma mais espontânea. Pela partilha que cada um vai fazendo de si sinto que há uma maior coesão e confiança no grupo.

Um «pequeno tesouro» - uma carta

A oitava atividade (apêndice XV) teve como objetivo principal fortalecer o autoconceito e a autoestima. Inicialmente foi entregue a letra e colocada uma música da cantora Mariza intitulada “Melhor de mim”, depois fizemos uma pequena partilha sobre os sentimentos que esta música fez despertar em cada pessoa. A esperança foi o sentimento partilhado pela maioria das pessoas, algumas foram sublinhando as frases que mais lhes haviam tocado, várias pessoas fixaram-se na frase “a tormenta passará” e “o melhor de mim está para chegar”. Alguns referiram que a vida tem os seus momentos de turbulência mas também existem momentos de bonança.

Numa segunda parte foi proposto a cada elemento tirar à sorte um nome de um dos elementos do grupo, depois foi-lhes sugerido que escrevessem uma carta a essa pessoa cujo conteúdo contivesse um resumo dos comportamentos valiosos que observavam na pessoa bem como, o facto de se terem conhecido tendo em conta que estávamos numa fase de despedida. Depois de escritas as cartas foram entregues aos respetivos destinatários para que as lessem. Seguidamente foi-lhes proposto que do outro lado da folha, cada pessoa respondesse ao autor da carta relatando a impressão que a mesma lhe causou e, agradecendo-a. As cartas foram novamente entregues aos autores para que lessem a resposta. Posteriormente as cartas foram entregues aos respetivos destinatários onde lhes foi sugerido que a guardassem como um «pequeno tesouro».

No final houve um momento de partilha em que as pessoas foram expressando o seu agrado por terem recebido a carta, por verem nela o reconhecimento das suas qualidades. Uma vez que os clientes sabiam que as atividades estavam no fim aproveitaram para manifestar o seu interesse na continuidade das mesmas salientando a importância que estas tiveram na sua qualidade de vida.

Como descobertas resultantes desta última atividade os clientes destacaram novamente o autoconhecimento e o conhecimento do outro: “tenho qualidades que não sabia que tinha” (E.4), “descobri um pouco mais de mim” (E.6), “fiquei a conhecer melhor a pessoa que me enviou esta carta” (E.6), “gostei de tudo o que fizemos, assim vamos conhecendo as pessoas melhor” (E.7). As relações entre as pessoas evidenciam sentimentos de bem-estar: “estou mais feliz pela carta” (E.4), “tenho amizades (E.5), “gosto dos meus colegas e gostaria que as reuniões continuassem

(E.8), “é bom haver reuniões deste género” (E.7). Como referem Petersen et al (2015) o estar perto de outras pessoas tem um impacto positivo na recuperação e previne episódios psicóticos. Algumas vezes os profissionais e os pares são descritos pelas pessoas com problemas de saúde mental como os seus amigos e sua família.

Por contingências do serviço foi-me proposto desenvolver esta atividade sozinha, inicialmente senti-me um pouco insegura mas depois concentrei-me no que tinha a fazer e senti-me confiante. Foi um momento de aprendizagem importante para mim, ajudou-me a cimentar a autoconfiança e a valorizar-me mais enquanto profissional.

Avaliação final do grupo

Uma semana após o término das intervenções houve um encontro para a avaliação final do conjunto das atividades (apêndice XVI), para a segunda aplicação da Rosenberg Self-Esteem Scale e para um momento de convívio e despedida. Para além da avaliação por escrito, os clientes foram verbalizando que se sentiam satisfeitos e agradecidos por terem participado nestas atividades, que estavam mais conscientes das suas qualidades porque tiveram oportunidade de se conhecerem um pouco mais. Salientaram como muito importante o facto de se consciencializarem de que a vida também tem muitas coisas boas porque muitas vezes fixam-se apenas nas negativas. Valorizaram como muito positivo o facto de se conhecerem melhor uns aos outros, a oportunidade de conviverem, como referiu um dos clientes que por sinal tem tendência a isolar-se “foram uns momentos bem passados” (SIC). Manifestaram uma certa tristeza por estas atividades terem chegado ao fim e referiram que seria muito importante que continuasse a haver atividades deste tipo. Eu neste momento estava tão triste quanto os clientes e também gostaria de poder continuar a desenvolver atividades deste tipo pelos benefícios que estas têm na vida destas pessoas. Como salienta Camann, (2010) um aspeto importante da prática dos enfermeiros de saúde mental é ajudar uma pessoa que tenha experimentado uma doença mental a identificar e reconhecer o seu estado de bem-estar e saúde.

Da avaliação final do conjunto das intervenções realizadas (apêndice XVII) e, no que se refere ao tema da **autoestima** os clientes consideraram que “perante os outros tenho uma personalidade bastante boa” (E.8), “posso melhorar a minha

autoestima” (E.4), “as atividades contribuíram para me olhar de outra maneira isto é, com a autoestima mais elevada” (E.8).

O autoconceito segundo Sequeira (2006) “tenta responder a perguntas tais como: Quem sou eu? Como sou eu?” (p. 58). Na mesma avaliação final do conjunto das intervenções os clientes consideraram que estas contribuíram para o **autoconhecimento** e, foram unânimes nas opiniões, “descobri muito sobre mim” (E.1), “todas as atividades me disseram algo e abriram portas no meu ser” (E.3), “descobri algo sobre mim em termos de personalidade e também das outras pessoas envolventes” (E.4), “fiquei a conhecer-me melhor. Descobri coisas novas em mim que não sabia que elas existiam”. (E.6), “além de ter ficado a conhecer-me melhor, também descobri coisas que eu não sabia que existiam em mim” (E.7), “descobri que perante os outros tenho uma personalidade bastante boa” (E.8), “todos os temas propostos estiveram muito interessantes e permitiram um maior conhecimento das pessoas” (E.4).

Ao longo das várias atividades fui notando uma grande coesão no grupo, o **gostar de estar juntos**, as pessoas passaram a usufruir daquele momento, eu já não precisava de informá-los sobre a realização da atividade porque já todos se lembravam e eram os primeiros a confirmar se haveria encontro. A avaliação reflete essa satisfação por estarem juntos, várias pessoas salientaram como o aspeto de que mais gostaram, “de estarmos todos juntos (E.2), “do convívio entre o grupo” (E.3), “da partilha de todos” (E.4), “a união de todos (E.5), “do convívio entre todos e da partilha” (E.4), “gostei da partilha e convívio entre o grupo” E.4). Embora considerem as relações sociais importantes, estas pessoas têm dificuldade em estabelecer contacto e até a própria relação familiar é limitada. De vez em quando, elas precisam de estar consigo próprias, mas as relações sociais são muito importantes no apoio à recuperação (Petersen et al 2015).

A realização destas atividades também proporcionou momentos de **bem-estar**, este foi referido várias vezes pelos clientes no final de cada intervenção, “estou feliz” (E.2), “houve paz interior e partilha” (E.4), o que mais gostei foi “descobrir a alegria” (E.5), “fiz-me bem partilhar” (E.4), “no fundo fiquei animada” (E.5), “sinto-me bem comigo própria” (E.7), sinto-me “vaidosa” (E.1), “estou muito contente” (E.2), “sinto-me alegre ao pensar nas coisas boas (E.7), “sinto-me feliz e com mais entusiasmo”

(E8), “relaxe a minha mente” (E.7), “gosto destas sessões” (E.7), “é bom haver reuniões deste género (E.7), “gosto dos meus colegas e gostaria que as reuniões continuassem” (E.8). “Sinto-me contente por ter conhecido mais das pessoas que participaram e também sobre mim” (E.4).

No início das intervenções uma das clientes referiu que não podia fazer a avaliação por escrito porque tinha deixado de conseguir escrever, naquele momento a cliente estava em reabilitação física. Eu sugeri-lhe que experimentasse se não conseguisse fá-lo-ia oralmente, o que ela aceitou. Quando chegou o momento da avaliação ela tentou escrever e ficou surpreendida porque afinal já conseguia fazê-lo, ficou muito feliz com a descoberta e ao longo das várias sessões foi aperfeiçoando a escrita. Na sua opinião, esta também foi uma das mais-valias conseguidas ao longo das atividades. De facto no processo de *recovery* a pessoa é o fator-chave mas, o profissional pode ajudá-la a desbloquear o seu potencial para a recuperação (Buchanan-Barker & Barker, 2008).

A **esperança** é um tema muito referido no *recovery* pelo que foi também um dos objetivos do meu projeto de estágio. Andresen, Oades, & Caputi (2003) salientam que a esperança é o elemento catalisador do processo de *recovery* e foi descrita como proveniente de dentro da pessoa ou acionada por um elemento significativo, um par ou um modelo. Como perspetiva Deegan (1996) o profissional deve ser modelo de esperança para a pessoa portadora de doença mental e deve continuar a oferecer opções e escolhas, mesmo se estas são rejeitadas uma e outra vez. Para Petersen et al (2015) a esperança pode ser vista como a crença de que é possível atingir metas pessoais significativas. De acordo com Chalifour (2008) a esperança deve ser uma atitude na nossa prática profissional e descreve-a “como sendo a crença que as intervenções em decurso terão os resultados esperados” (p.210). Ainda de acordo com o mesmo autor para que os efeitos da esperança se produzam é necessário que o profissional tenha “confiança em si mesmo nas intervenções ou no tratamento que escolheu e nas possibilidades de mudança do cliente”. Os efeitos destas modificações serão amplificados se ele partilhar esta esperança com o cliente” (p.210).

Ao programar estas intervenções procurei que estas proporcionassem aos clientes experiências edificantes, bem-estar e sentimentos de esperança porque às vezes estas pessoas sentem-se quase a perder a fé. Experimentam períodos críticos

onde têm de lutar para manter o seu sentido de esperança (Petersen et al 2015). Eu desejava que os clientes pudessem enfrentar a vida com esperança, e de uma forma mais positiva, ou seja, que a defrontassem nesta perspetiva do *recovery* que consiste em viver com satisfação e esperança apesar das limitações causadas pela doença (Anthony, 1993).

De facto as atividades levaram as pessoas a descobrirem e a valorizarem as coisas positivas da vida e nos resultados das avaliações emergiram sinais de **esperança**. “Há pedras no caminho. Mesmo assim podemos ser felizes” (E.1), “existem pedras no caminho mas podemos construir um caminho melhor” (E.2), “olhar para cima e ter coragem e força de vontade para enfrentar as pedras no meu caminho” (E.8), “a minha vida vai melhorar” (E.8), “ganhei mais esperança” (E.4), “a vida é esperança” (E.6), “é difícil viver sem esperança” (E.7), descobri que “tenho muita esperança dentro de mim” (E.8), descobri que “sem esperança a vida é vazia” (E.6), “devo construir um “castelo” com as minhas opções de vida e com as minhas qualidades. Melhorar o mundo em que vivo”. (E.3), estas atividades “deram-me mais esperança no futuro e acho que devia haver mais atividades destas porque faz muito bem ao espírito (E.5), o que mais gostei nas atividades foi o facto de serem viradas para o positivismo da vida isto é, a vida tem coisas muito boas para quê pensarmos só nas más?” (E.8).

Aplicação da Rosenberg Self-Esteem Scale

A Rosenberg Self-Esteem Scale foi aplicada aos oito clientes do grupo no início e no fim do programa de intervenção com exceção de um elemento que desistiu das atividades devido a um problema de saúde físico, a quem não foi aplicada a segunda vez. Dos sete elementos a quem foram feitas as duas avaliações quatro aumentaram a sua autoestima, dois mantiveram e uma baixou um ponto como se pode ver no apêndice XVIII. Sendo esta amostra demasiado pequena não me permite tirar ilações no entanto, podemos perceber pela avaliação realizada pelos clientes que é importante trabalhar este tema porque uma melhoria na autoestima pode ajudar a pessoa a ultrapassar as dificuldades pessoais, promovendo assim a autorresponsabilidade. Quando a pessoa acredita que tem em si os recursos

necessários para responder às necessidades que lhe vão surgindo, ela irá lutar para realizar determinada tarefa (Sequeira, 2006).

Recovery – o desafio dos primeiros passos

Logo no início do estágio deparei-me com uma cliente que me chamou à atenção, pela sua postura no dia-a-dia, pelo seu aparente desinteresse por tudo, pela apatia que evidenciava. Esta cliente passava os dias sentada no mesmo lugar, numa cadeira ao fundo de um corredor, muito pouco comunicativa e sem qualquer ocupação. Perante esta postura senti-me desafiada a investir no sentido da promoção do recovery. Realizei a primeira avaliação inicial a esta cliente o que resultou muito difícil para mim porque esta respondia apenas com monossílabos, sim, não e pouco mais. Inicialmente a cliente parecia ignorar a minha presença e quando eu tentava fazer alguma pergunta demonstrava desagrado por eu estar ali a insistir. Pouco a pouco fui tentando estabelecer relação com ela. Verifiquei que a cliente tinha um plano de atividades mas recusava-se a participar. Fui questionando-a sobre esse plano e sobre a sua participação nas atividades e apercebi-me que esta conhecia muito bem esse plano, só não participava porque segundo referia não lhe apetecia.

Nas minhas tentativas de interação os silêncios eram prolongados gerando em mim alguma ansiedade. Durante a entrevista a cliente demonstrou uma total ausência de insight para com a sua situação e o seu não-verbal evidenciava, cansaço ou enfado por eu estar ali a fazer-lhe perguntas. Durante um dos “incómodos” silêncios atrevi-me a perguntar-lhe em que estava a pensar ao que me respondeu “que já acabei de responder às suas perguntas” (SIC). Senti dificuldade em gerir estes silêncios perante a cliente. Como salienta Phaneuf (2005) perante o silêncio, a nossa habitual preocupação de eficácia dos nossos serviços centrados sobre o rendimento leva a enfermeira a sentir “a impressão de ser ineficaz a intervir junto da pessoa cuidada, ou a temer que esta a julgue inexperiente e impotente” (p. 44). Pude experimentar estes sentimentos e tentei a todo o custo romper esse silêncio dando plena razão a Chalifour (2008) quando afirma que o interveniente sente dificuldade em se ajustar a esse silêncio “pelo seu desejo de eficácia a todo o custo, pelo receio de que o cliente e ele próprio já não tenham nada para dizer um ao outro” (p.153).

A cliente relacionava-se muito pouco com as outras pessoas no serviço, tanto com os pares, como com os técnicos. Não tinha iniciativa de interação, apenas respondia ao essencial quando alguém lhe perguntava alguma coisa. Conversei com alguns membros da equipa sobre este comportamento, demonstrei-lhes o meu desejo de intervir e apercebi-me de que alguns técnicos já tinham desistido dela, e isso deixou-se ainda mais incomodada porque contradizia tudo aquilo que eu defendia no meu projeto sobre a promoção do recovery. Esta cliente provocou em mim fenómenos de contratransferência, confesso que foram muito difíceis as primeiras tentativas de interação com ela. As suas sucessivas rejeições perante o meu esforço de interação deixavam-me insegura despertando em mim um sentimento de incompetência face à relação com o outro. Perante tudo isto também me senti tentada a desistir, mas ao mesmo tempo algo me desafiava a prosseguir, porque interiormente eu acreditava no seu potencial de reabilitação. Como salienta Phaneuf (2008) “é importante acreditar que uma pessoa possui capacidades que serão actualizadas se se souber fazer surgir o que está dentro dela” (p.337) e “uma abordagem orientada para a recuperação parte do princípio de que a pessoa tem capacidade para assumir responsabilidade pela sua vida” (Slade, 2012, p. 43). Ecoavam em mim as palavras de Deegan (1996) quando refere que a pessoa com doença mental muitas vezes está altamente desmotivada, parecendo não se importar com nada, no entanto, esta pode ser uma estratégia adaptativa utilizada por pessoas desesperadas que estão em grande risco de perder a esperança. É importante que o profissional entenda e simpatize com esta luta existencial profunda que está no cerne desta noite escura de desespero. O profissional deve fazer o que a pessoa ainda não pode fazer, ser modelo de esperança e continuar a oferecer opções e escolhas, mesmo se estas são rejeitadas uma e outra vez.

Esforcei-me por conquistar a confiança desta cliente e pouco a pouco fui tentando envolvê-la em atividades que visavam promover o bem-estar, a autoestima, a esperança. Foi muito gratificante quando percebi que esta estava a voltar a interessar-se pela vida, a demonstrar satisfação por participar nas atividades, a falar sobre si, a descobrir que tinha qualidades ou seja, a iniciar os primeiros passos no caminho do recovery. Senti-me de certa forma a corresponder ao apelo que é feito a todos os técnicos de saúde mental (no prefácio à edição portuguesa do livro “*100 Formas de Ajudar a Recuperação: Guia para Profissionais de Saúde Mental*”) para

que “adotem uma postura que permita que a esperança, a confiança e o desenvolvimento do potencial de cada pessoa lhes permita ocupar o seu lugar na comunidade a que pertencem” (p. 7). Esta foi a confirmação prática de que aquilo que eu defendo no meu projeto é exequível, bastando para tal que os profissionais estejam nesta ótica do *recovery* apoiando a pessoa no seu percurso em direção à recuperação (Slade, 2012). De facto no processo de *recovery* a pessoa é o fator-chave mas, o profissional pode ajudá-la a desbloquear o seu potencial para a recuperação. No apêndice XIX apresento uma descrição da relação estabelecida com a referida cliente.

De acordo com Slade (2012) o *recovery* tem quatro tarefas principais. A primeira diz respeito à criação de “uma identidade positiva, independentemente do facto da pessoa sofrer de doença mental (...). Só a pessoa pode decidir o que é uma identidade que ela própria valoriza”. A segunda visa o enquadramento da “doença mental”, o que “implica compreender a experiência de modo a poder enquadrá-la: como algo que faz parte da pessoa, mas que não é a pessoa no seu todo”. A terceira tarefa propõe a autogestão da doença mental. O que “não significa que a pessoa faça tudo sozinha, mas que seja responsável pelo próprio bem-estar, incluindo, quando necessário, procurar ajuda e apoio junto de terceiros”. A tarefa final do *recovery* aponta para o desenvolvimento de papéis sociais valorizados. Isto “implica a aquisição de antigos, modificados ou novos papéis sociais valorizados” (pp. 10-11).

Pode acontecer que haja clientes que possam desenvolver as quatro tarefas do *recovery*, talvez alguns só três e ainda outros somente duas. Não me compete a mim avaliar, a minha função enquanto profissional a trabalhar na ótica do *recovery* não é julgar quem tem ou não competências para recuperar mas antes criar um ambiente onde existam oportunidades para o *recovery* e o *empowerment* (Deegan, 1996). De acordo com o Regulamento n.º 356/2015 “encontramos diariamente cidadãos com problemas de saúde e percursos de vida que poderiam ser incapacitantes, mas perante os quais, desenvolveram processos adaptativos eficazes. Encontramos também outros que perante os seus problemas de saúde e percursos de vida menos contundentes, não conseguem desenvolver processos adaptativos eficazes” (p.17034). Pela minha experiência de trabalho na área da saúde mental estou consciente que há clientes com maior dificuldade em adaptar-se eficazmente. Talvez a alguns não lhes podemos pedir que se responsabilizem pela sua própria vida

mas podemos ajudá-los a tomar pequenas decisões que fazem toda a diferença na sua qualidade de vida. Para Deegan (1987) este é o paradoxo da recuperação isto é, a pessoa com problemas de saúde mental ao aceitar o que não pode fazer ou ser, começa a descobrir o que pode ser e o que pode fazer.

Ao longo do estágio foram várias as histórias de vida que me tocaram. Recordo uma que me tocou especialmente pelo sofrimento que envolvia, tratava-se de uma cliente com ideação delirante persecutória que me referiu o seguinte: “durante dez anos não me deitei na cama porque as pessoas deitavam coisas sobre mim para me queimar. Dentro de casa tinha de usar uma bacia sobre mim para proteger-me, quando estava sentada cobria-me com plásticos, a própria água das torneiras queimava-me pelo que só podia utilizar água de garrafa, comprada (...), ninguém imagina o que eu sofri, uma vida terrível que ninguém sabe avaliar” (SIC). De facto “a escuta é a única via de acesso á compreensão dos clientes” (Lazure, 1994, p.16), porque me dispus a escutar pude compreender a enormidade do sofrimento que uma situação destas pode acarretar para a vida de uma pessoa. Como salientam Buchanan_Barker & Barker (2008) no sétimo compromisso do *Tidal Model* (apêndice I), não há nada mais valioso do que o tempo que o profissional e o cliente passam juntos. Atualmente a cliente está mais tranquila relativamente a este assunto porém, ainda acredita que “existem umas certas substâncias químicas que fazem mal às pessoas” (SIC). Pouco a pouco fui estabelecendo com ela uma relação de confiança, disse-me que se sentia segura ao meu lado e passou a partilhar comigo as suas suspeitas de conteúdo delirante e persecutório passou a proteger-me, a alertar-me para o perigo das ditas “substâncias”.

Esta cliente integrou o grupo e participou com empenho em todas as atividades, nas avaliações das mesmas valorizou o convívio no grupo, “sinto que aproximei-me mais das pessoas que intervieram” (E.7). O que mais gostou foi de “estar acompanhada das pessoas presentes” (E.7). Manifestou sentimentos de bem-estar, “sinto-me bem comigo própria”, “sinto-me alegre ao pensar nas coisas boas”, “sinto que relaxei a minha mente”, “é bom haver reuniões deste género” (E.7). Pela sua patologia de base esta cliente tende a ser desconfiada relativamente às outras pessoas acabando por se isolar, evitando o convívio. Neste sentido foi muito interessante a forma como esta aderiu ao grupo e às atividades propostas, a sua

preocupação com a pontualidade, a sua partilha e proximidade, deixou de estar tão desconfiada, saiu do seu mundo e abriu-se aos outros. Numa das atividades que tinha como objetivo descobrir os recursos para gerir a própria vida, a cliente identificou a família como um recurso importante, e verbalizou que se sente muito distante da sua família manifestando o desejo de reaproximar-se da mesma. Numa abordagem individual retomei este assunto, a cliente falou de várias contendas que existiram entre ela e os familiares devido a tentativas de usurpação dos seus bens. Identificou as pessoas com quem desejava reatar as relações e discutimos sobre possíveis estratégias para lá chegar. A cliente manifestou o desejo de que alguém a pudesse ajudar a encontrar os familiares visto que há muitos anos que não se contactam. Concluimos que era necessária a intervenção da assistente social, imediatamente a cliente se prontificou a expor-lhe o assunto. Como referem Buchanan_Barker & Barker (2008) a pessoa é especialista na sua história de vida e nós profissionais podemos aprender com a pessoa, ajudá-la a descobrir quais as necessidades mais prementes a serem trabalhadas no momento presente em vez de a substituir nesse processo.

2.2 Estágio num Hospital de Dia da área de Lisboa

O Serviço “Hospital de dia” é uma unidade de internamento parcial, que oferece cuidados psiquiátricos de reabilitação, polivalentes. Destina-se a pessoas a partir dos 16 anos de idade. Funciona em dias úteis, das nove às dezasseis horas. Esta unidade tem como objetivos:

- ✓ Promover o desenvolvimento e/ou o restabelecimento das capacidades individuais afetadas pela doença;
- ✓ Assegurar uma intervenção terapêutica global e precoce, de modo a capacitar o utente para a prevenção da crise;
- ✓ Preservar a inserção sociofamiliar, com a redução da rutura criada por um internamento total.

A unidade possui uma equipa multidisciplinar, com autonomia técnico-científica, que constrói um projeto terapêutico individualizado para cada cliente. A equipa é constituída por um médico psiquiatra, coordenador da equipa, duas enfermeiras, uma das quais especialista em enfermagem de saúde mental, duas terapeutas ocupacionais, dois psicólogos e uma assistente social.

Frequentam esta unidade uma média de vinte clientes distribuídos em dois grupos terapêuticos com idades compreendidas entre os dezoito e os cinquenta anos. São pessoas com problemas de saúde mental que necessitam restabelecer as capacidades individuais afetadas pelo problema de saúde. Para tal os clientes dispõem de um plano de atividades que engloba os grupos terapêuticos, o treino de competências sociais, as sessões de movimento/relaxamento, atividades lúdicas, grupos psicoterapêuticos, psicoeducação, adesão terapêutica, estilos de vida saudáveis, atividade ao exterior e Técnico de Referência. Este último acompanha individualmente o cliente mais de perto, procurando conhecer com maior profundidade a sua história de vida, os seus sonhos e projetos de vida futuros. Partindo das necessidades específicas de cada pessoa, dos seus interesses, gostos e aptidões, o Técnico de Referência o cliente e a família procuram encontrar possíveis soluções de reinserção do cliente na comunidade. Esta reinserção pode ser feita a nível laboral, escolar ou ocupacional. A assistente social colabora nesta fase da procura dos locais para uma possível reinserção.

Os autores do Tidal Model (o modelo de enfermagem vocacionado para o *recovery*) convidam os profissionais a perguntarem-se como podemos personalizar os cuidados de forma a ir ao encontro das necessidades específicas da pessoa, tendo em conta a sua história e a sua experiência de vida única, de modo que esta possa iniciar ou avançar na viagem do *recovery*? (Barker e Buchanan-Barker, 2010). Neste sentido procurei num primeiro momento integrar-me na equipa multidisciplinar e no grupo terapêutico dos clientes. Participei nas atividades dos outros técnicos para aprender com eles e estar em relação com os clientes. Este estar em relação com os clientes permitiu-me conhecê-los, bem como, às suas histórias de vida e, deste modo pude planear atividades que fossem ao encontro das suas reais necessidades.

Consegui compreender a dificuldade que é conviver com uma doença mental crónica, as implicações que isso tem na vida pessoal. Apercebi-me do quão difícil é acreditar e aceitar a cronicidade dessa doença, que pode ser controlada com uma medicação que por sua vez tem efeitos secundários, que interferem substancialmente no quotidiano da pessoa. Pude compreender o que significa voltar ao emprego após um surto psicótico por exemplo, e ter de lidar com uma certa lentificação psicomotora que perturba o desenvolvimento eficaz do trabalho. A dificuldade que é gerir a acatísia durante uma reunião de serviço, as estratégias que os clientes têm de desenvolver para conseguir ultrapassar essas dificuldades. A par de tudo isto o ter de lidar com o estigma que se faz sentir no ambiente de trabalho. Como refere Albuquerque (2012) “o que tem vindo a acontecer na nossa sociedade é uma discriminação mais ou menos sistemática no emprego face aos trabalhadores com doença mental, num grau que necessita de avaliação para cada caso, mas que não pode ser ignorado” (p.168).

Senti as dificuldades de vários jovens entre os dezoito e os vinte e quatro anos ao serem confrontados com um diagnóstico de uma doença mental. O difícil que é aceitar que de agora em diante têm de abrandar o seu ritmo de vida, que já não podem levar a cabo em simultâneo os vários projetos que tinham entre mãos, que alguns sonhos podem estar comprometidos, que é necessário cumprir uma medicação que de certo modo interfere no seu quotidiano. Deegan (1996) refere que ao ser confrontada aos dezoito anos com o diagnóstico de esquizofrenia e com a necessidade de tomar medicamentos toda a sua vida, sentiu o peso das palavras do seu psiquiatra a esmagar as suas esperanças já de si frágeis, os seus sonhos e

aspirações. São situações como estas e muitas outras que me desafiam a intervir, porque acredito que apesar de tudo é possível promover o *recovery* contribuir para “o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida assente no conhecimento e aceitação da doença mental” (Regulamento n.º 356/2015, p. 17040).

Tal como já referi anteriormente, nesta unidade os clientes estão distribuídos em dois grupos terapêuticos, eu integrei o grupo dois ao qual a orientadora clínica dá apoio, as atividades que levei a cabo inseriram-se no espaço reservado à enfermagem. Após ter conhecido os clientes, ter escutado as suas histórias de vida, ter-me apercebido das suas dificuldades e anseios procurei desenvolver atividades que de certa forma fossem ao encontro das dificuldades expressas. Assim desenvolvi quatro intervenções que tinham como objetivos: trabalhar o autoconceito e a autoestima; descobrir os recursos para gerir a própria vida; ajudar a entender que a construção do futuro depende das vivências e escolhas do presente; ajudar a lidar com o *stress* no dia-a-dia.

Promover o autoconceito e a autoestima

Na primeira atividade que pretendia promover o autoconceito e a autoestima estiveram presentes cinco clientes com idades compreendidas entre os dezoito e os quarenta anos. Esta atividade já tinha sido desenvolvida por mim no primeiro local de estágio (apêndice VIII). Assim foi entregue a cada participante um folheto previamente preparado em que se pedia para na 1ª parte cada um escrever o nome com letras grandes e decorar com lápis e canetas de cor conforme o seu gosto. Na parte de dentro do folheto existiam três categorias respetivamente a **minha melhor característica, as coisas em que sou bom/boa e o último momento que me trouxe bem-estar e alegria**. Pedia-se para cada pessoa escrever sobre cada uma dessas categorias. Da parte de trás havia um espaço dedicado a **aquilo que os outros mais admiram em mim**. Aqui solicitava-se a todas as pessoas do grupo para escreverem com exceção da própria. No fim houve um momento de partilha sobre o que cada pessoa escreveu, o que os outros disseram sobre de si e, como cada um se sente com o que foi dito acerca de si.

Os clientes aderiram muito bem à atividade e rapidamente a realizaram embora alguns elementos tivessem referido dificuldade em identificar a sua melhor

caraterística. No fim foram partilhando sobre o que tinham escrito sobre si e também sobre as qualidades que os outros mais admiram em cada um. Por se tratar de um grupo cujos membros já se conheciam há bastante tempo, com exceção de um elemento que estava presente pela primeira vez, a partilha decorreu sem constrangimentos, notava-se um à vontade entre eles e até uma certa cumplicidade.

Na avaliação da atividade (apêndice XX) os clientes destacaram aspetos relacionados com a **autoestima** “sou comunicativa” (E.1), “tenho boas caraterísticas” (E.2), “tenho qualidades para ser modelo” (E.3), “até sou boa pessoa” (E.2), “tenho boa energia” (E.4), “sou uma pessoa bem-disposta” (E.5). Referiram-se também ao **autoconhecimento**, a atividade serviu para “aprender mais sobre mim” (E.2), “instruir-me acerca de mim mesma” (E.4), “me conhecer melhor” (E.5). O que mais gostei foi de “conhecer-me melhor” (E.4), “identificar-me a mim mesmo” (E.5) “saber o que os meus colegas pensam de mim” (E.1). Descobri que “já há muito tempo que não sou realmente alegre” (E.5). A atividade também permitiu o **conhecimento do outro** “conhecemo-nos uns aos outros” (E.3), e despertou-lhes sentimentos de **bem-estar** “gostei da atividade proposta. Vou contente para casa” (E.1), “podemos falar abertamente” (E.3).

O facto de eu já ter desenvolvido esta atividade no estágio anterior deixou-me muito mais segura e à vontade. Serviu para reforçar as minhas competências nestas intervenções de âmbito psicoterapêutico.

Reconhecer os recursos para gerir a própria vida

Na segunda atividade (apêndice XI) estiveram presentes seis clientes. O objetivo desta atividade era ajudar as pessoas a descobrirem os seus recursos pessoais para gerirem a própria vida. Foi-lhes entregue uma folha A3 com um castelo no centro e a questão seguinte: que recursos tenho para manter o meu castelo de pé? Foram colocadas ao dispor várias imagens alusivas a possíveis recursos que cada pessoa podia escolher.

Os clientes aderiram à proposta e foram escolhendo as várias imagens, no fim houve um momento de partilha sobre o significado das imagens escolhidas. Foi muito interessante verificar como vários clientes escolheram uma imagem em que um indivíduo empurra uma pedra montanha acima salientando a luta que estão a travar

neste momento concreto das suas vidas. Como referem Petersen et al (2015) as pessoas portadoras de doença mental descrevem o processo de *recovery* como uma luta contra vozes interiores e delírios, e uma luta para encontrar novas formas de lidar com a doença. Outros clientes valorizaram a presença da família e dos amigos, o acompanhamento médico e de enfermagem, a necessidade de tomar a medicação para poder manter de pé o castelo das suas vidas.

Da avaliação desta atividade emergiram sentimentos de **esperança** descobri que “sou capaz de ter recursos para andar com a minha vida para a frente” (E.2), “consigo meter o meu castelo de pé” (E.4), “posso superar limites” (E.5), “vou conseguir ultrapassar as fases más da minha vida” (E.2). **Bem-estar** “estou com vontade de cantar” (E.1), “sinto-me mais animada” (E.5), “estou bem comigo próprio” (E.6). Esta atividade serviu para “pensar no que me faz bem” (E.2), “descobrir as experiências que melhor me fazem” (E.4), “desenvolver pensamentos positivos” (E.5). Como aspetos que mais gostaram os clientes referiram o seguinte, “gostei de pensar no que me faz bem” (E.2), “de descrever os aspetos mais essenciais da minha vida” (E.4), “da escolha das fotos” (E.5).

Também esta atividade já tinha sido desenvolvida por mim no estágio anterior. Senti-me bem a desenvolvê-la, muito mais segura e liberta dos meus medos, mais espontânea nas minhas intervenções. Tenho privilegiado a escuta e vou-me apercebendo da luta diária que estas pessoas enfrentam para levar a sua vida por diante.

Repensar o projeto de vida

Numa perspetiva de construção do projeto de vida procurei que a terceira atividade (apêndice XXI) incidisse sobre este tema. O objetivo era ajudar o cliente a entender que a construção do futuro depende das vivências e escolhas do presente. Para tal foi sugerido a cada elemento para expressar através do desenho o momento atual da sua vida, ou seja, o seu presente. Num segundo momento foi-lhes solicitado para comporem a representação do futuro que imaginavam e gostariam para si. A este desenho deveriam chamar “meu futuro”. Os autores do Tidal Model referem no sexto compromisso deste modelo (apêndice I) que o profissional e o cliente devem trabalhar em conjunto na construção de uma apreciação daquilo que precisa ser feito no aqui e

agora. Salientam ainda que o primeiro passo é crucial porque revela o poder da mudança e aponta para o objetivo final do *recovery*. Qualquer viagem começa na nossa imaginação, é importante imaginar-se a seguir em frente (Buchanan_Barker & Barker, 2008). Esta atividade proporcionou-lhes essa possibilidade.

Os clientes aderiram muito e bem a esta proposta e procuraram expressar o seu presente tal como o sentiam naquele momento. Pude perceber o estado de espírito de cada pessoa. Um dos elementos que se sentia triste manifestou isso mesmo no desenho, pintando tudo a preto. Um outro que acaba de sair de uma crise, e está a tentar reorganizar a sua vida, a aprender a conviver com a sua doença desenhou um castelo simbolizando a sua vida com um grande sol por cima e rodeado de pessoas. No momento da partilha referiu que esteve muito tempo isolado das pessoas e que, daqui para a frente pretende conviver mais com a família e com os amigos. Um outro cliente que estava a passar por um primeiro surto psicótico e, naquele momento ainda em crise demonstrou no desenho a desorganização de seu pensamento e partilhou-o no grupo demonstrando a sua perplexidade face a isso. Ainda um outro também em crise psicótica manifestou a sua falta de insight para com a doença projetando para si um futuro irreal.

Foi interessante ver como alguns clientes falaram do seu presente com uma certa tristeza e como abordaram o futuro com alegria espelhada não só nas cores do desenho como também no rosto, na voz e no olhar.

Da avaliação desta atividade novamente emergiram sentimentos de **esperança** e sinais de **empoderamento**, “vou ser capaz de ultrapassar os meus problemas” (E.2), “tenho um caminho a percorrer” (E.5), “posso criar objetivos” (E.6). De facto “as pessoas não podem recuperar de uma doença mental sem um sentido de *empowerment* para melhorar as suas vidas e alterar o seu próprio destino” (Lefley 2005, p.70). A atividade proporcionou também um momento de reflexão e aprendizagem porque serviu para “aprender a pensar no futuro” (E.2), “pensar que no futuro próximo serei feliz” (E.3), “o meu crescimento” (E.4), “pensar” (E.5), “procurar vocação” (E.6). Sobressaíram também sinais de **satisfação** e de **bem-estar**, o que mais gostei foi de “imaginar o futuro” (E.2), “falar através do desenho” (E.4), “desenhar” (E.5), “despejei, sinto-me mais relaxada” (E.4)

Eu novamente senti-me bem a desenvolver esta atividade, senti-me como que a transmitir-lhes esperança de que dias melhores virão.

Lidar com o *stress*

A quarta atividade (apêndice XXII) teve como objetivo ajudar a pessoa a lidar com o *stress* no dia-a-dia. Inicialmente foi pedido a cada participante para partindo da experiência do seu dia-a-dia pensar numa situação geradora de stress. Depois com um novelo de lã foi pedido a cada um para dizer uma situação que lhe causa *stress* e lançar o novelo de lã, aleatoriamente, a outra pessoa. No final, obtivemos uma teia cujo significado foi o de um sistema complexo em que estamos todos interligados, cada um repercute e sente o efeito do próximo. Neste momento houve um espaço de partilha em que permanecemos interligados pela teia, clientes e técnicos onde cada um foi partilhando experiências e situações relacionadas com o *stress* e ansiedade.

Foi um momento de interação em que me senti bem comigo própria, notava-se um clima de proximidade e confiança no grupo. Alguns clientes também valorizaram este momento, e, na avaliação referiram que aquilo que mais gostaram foi “da interação entre nós e as técnicas” (E.1), “de jogar à teia (E.4), “gostei mais da teia do novelo de lã” (E.5), “todos estamos ligados” (E.5). Petersen et al (2015) referem que as pessoas portadoras de doença mental sentem a necessidade do apoio dos outros para os ajudar no processo de recovery. Os profissionais têm o importante papel de motivá-las neste processo. A relação com a equipa é descrita como próxima, confortável e segura. Foi isto que eu senti que estava a acontecer naquele momento.

Na segunda parte da atividade foi distribuída aos participantes, uma folha com as seguintes questões: **sinais de que estou sob tensão, as minhas estratégias para prevenir o *stress* e as minhas estratégias para lidar com o *stress***. Os clientes identificaram muito bem os sinais de que estão sob tensão e refletiram sobre as possíveis estratégias para enfrentar esses momentos. Todos partilharam sobre essas situações e constatarem que têm muito em comum, que a mesma situação pode ser motivo de stress para várias pessoas. Além de terem verbalizado este aspeto no momento da partilha, alguns clientes descreveram-no na avaliação, “temos todos muito em comum” (E.1), “todos nós temos preocupações, medos...” (E.5).

Foi enriquecedor o facto de terem pensado e partilhado sobre as possíveis estratégias para prevenir e/ou lidar com o *stress*. Na avaliação algumas pessoas partilharam sobre essas estratégias, “comprar tabaco acalma a minha ansiedade” (E.1), “a música é uma bela estratégia para lidar com o *stress*” (E.3). Outras pessoas consideraram importante “conversar sobre as estratégias de superação de obstáculos” (E.5), “descobrir novas estratégias” (E.7).

Eu senti-me muito bem a desenvolver esta atividade, senti-me profissional, senti que já fazia parte daquele grupo. Concomitantemente com estes sentimentos persistia em mim uma certa “tristeza” porque o estágio estava a terminar precisamente no momento em que eu me sentia integrada, capaz de dar mais de mim, desenvolver outras atividades. Por ser a última atividade que eu dinamizava, despedi-me oferecendo a cada pessoa um pensamento sobre a esperança e, um bombom como sinal de gratidão pela oportunidade de aprendizagem e partilha.

Trabalhar a adesão terapêutica

Inicialmente eu tinha proposto no projeto trabalhar a **adesão terapêutica** através da psicoeducação porém, apercebi-me que este é um tema bastante desenvolvido em qualquer um dos contextos de estágio. Acabei por desenvolvê-lo, não como eu imaginava, através da psicoeducação mas, através de toda a minha intervenção que foi um contributo para a adesão ao projeto terapêutico que inclui a medicação. Como salientam Campos & Galante (2012) “a promoção na motivação do utente e o reforço no processo relacional permitem alcançar o sucesso do tratamento proposto” (p.31). No Apêndice XXIII descrevo uma interação com uma cliente na sequência de dificuldade de adesão terapêutica.

No segundo contexto de estágio, no hospital de dia, tive a oportunidade de trabalhar a adesão terapêutica através do treino na gestão da medicação. Os clientes semanalmente preparavam num primeiro momento, a medicação para a semana. Num segundo momento havia um espaço para cada cliente expor as suas dúvidas relativamente à sua doença, sintomatologia, medicação etc. Habitualmente surgiam dúvidas sobre o motivo de estarem a tomar determinados medicamentos, sobre os efeitos secundários dos mesmos, o que os levava a uma partilha profunda de experiências que resultava num processo de ajuda mútua. Associado ao processo de

recovery surge da parte dos clientes esta necessidade de adesão terapêutica. Piat, Sabetti & Bloom (2009) referem que de um modo geral a maioria das pessoas portadoras de doença mental sentem que a medicação é importante na sua recuperação, quer isoladamente quer em combinação com outros fatores. Estas pessoas valorizam o facto de partilharem as suas preocupações relativas à medicação com os profissionais de saúde e de estes terem seus pontos de vista em consideração. Neste sentido sublinham a importância de uma relação terapêutica forte.

No hospital de dia é o EESM que modera estes momentos de partilha, ao mesmo tempo que vai complementando a informação, chamando à atenção para a importância da adesão ao tratamento e, ajudando-os a criar estratégias de superação das dificuldades expressas. Como salientam Piat et al (2009) os enfermeiros podem contribuir para a educação das pessoas portadoras de doença mental no sentido de adquirirem uma maior responsabilidade pela autogestão dos seus medicamentos. Tudo isto acontece mediante a comunicação terapêutica que é “um processo consciente que, de forma intencional, permite identificar e responder às necessidades de cada pessoa contribuindo simultaneamente para a melhoria da prática de enfermagem” (Coelho & Sequeira, 2014).

Contributo das atividades realizadas para a aquisição das competências específicas do EESM

O Regulamento n.º 129/2011 preconiza que o e EESM “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental; ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto e presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (pp. 8669-8673).

Ao longo destes dois períodos de estágio sinto que fiz uma caminhada no sentido ascendente. O refletir sobre a ação permitiu-me prestar atenção aos meus

processos psicológicos internos que como salienta Chalifour (2008) são os que motivam e orientam os nossos comportamentos. Aprendi que estar consciente de mim mesma é reconhecer que sou um ser em desenvolvimento com uma história de vida, e em interação constante com o meu ambiente (Chalifour, 2009). Este reconhecimento de mim permitiu-me conhecer as minhas características pessoais e a forma como estas podem interferir na relação com o outro. Como evidencia Phaneuf (2005) um “olhar retrospectivo permite-nos não somente julgar os nossos comportamentos relacionais, as nossas decisões e as nossas dificuldades, mas permite também melhorarmo-nos” (p. 177). O planeamento, desenvolvimento e avaliação das várias atividades também contribuíram para um maior autoconhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e profissional.

A relação estabelecida com os clientes e o desenvolvimento das várias atividades permitiram-me desenvolver as competências do EESM. O Regulamento n.º 356/2015 refere que

“a especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (p. 17034).

Durante este tempo de estágio procurei apostar na relação enfermeiro-cliente, entreguei-me a esta causa e saí mais rica porque conheci pessoas que partilharam as suas experiências e histórias de vida, algumas das quais me tocaram especialmente. Como salientam Buchanan-Barker & Barker (2008) o profissional tem a oportunidade de aprender alguma coisa do “mistério” que é a história de cada pessoa. De facto a relação terapêutica parece ser o principal mecanismo de mudança e, deve ser sempre considerado um ponto-chave quando o enfermeiro realiza intervenções psicoterapêuticas. Como a evidência sugere, na ausência de uma boa relação terapêutica, nenhuma fundamentação teórica é eficaz (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2015). Aprendi a considerar mais a relação, a valorizar uma presença feita de acolhimento, escuta e compaixão. Como revela Phaneuf (2005) “a escuta é uma oferta, a partilha de um momento da nossa vida de enfermeira com o doente”

(p.332). A este respeito apresento no apêndice XXIV o registo de um desses momentos de interação com uma cliente em grande sofrimento.

Quando iniciei o estágio sentia-me muito insegura face à relação com os clientes e ao desenvolvimento das atividades. Tive medo de não estar à altura, de não dar uma resposta efetiva aos clientes, quando estes exprimissem sentimentos e emoções. Tive de me esforçar para não dar ouvidos a “essa vozinha interior que faz juízos de valor e que tem medo de não saber o que dizer. É esta mesma voz que tenta fazer crer que uma boa enfermeira deve saber responder a tudo imediatamente e tudo fazer para não parecer incompetente” (Lazure, 1994, p. 17). Desenvolver as várias atividades permitiu-me adquirir mais confiança em mim e no potencial terapêutico das intervenções. Phaneuf (2005) defende que “competência rima com segurança: a da enfermeira confiante nas suas capacidades pessoais, na sua compreensão do problema e nos seus meios para o resolver” (p. 3). Este foi um tempo de uma maior consciencialização das minhas capacidades pessoais porque para as poder mobilizar “é preciso em primeiro lugar tomar consciência que as possuímos e disso estar firmemente convencidas” (Phaneuf 2005, p.4).

A escuta de algumas histórias de clientes que envolviam grande sofrimento deixavam-me ansiosa, com um sentimento de frustração por não conseguir resolver os problemas e diminuir assim esse sofrimento. De facto “o sentimento de impotência cria uma frustração profunda, uma impressão de estar ultrapassada pela situação. Conduz ao desencorajamento e à sensação de viver um falhanço sem o poder evitar” (Phaneuf 2005, p.185). Fui percebendo que não podia pretender resolver tudo, aliás nem era isso que me pediam os clientes. Numa entrevista de avaliação inicial realizada a um cliente que estava em grande sofrimento, por depressão reativa a uma multiplicidade de problemas familiares e económicos senti um desejo imenso de poder ajudá-lo a resolver parte dos seus muitos problemas. Envolvi-me emocionalmente e fiquei a sofrer com a situação porém, após alguma análise e reflexão sobre a situação percebi que esta tentativa de resolver os problemas das outras pessoas era uma forma de aliviar o meu próprio sofrimento o qual tenho alguma dificuldade em gerir. Sobre isto realizei um diário de aprendizagem de acordo com o ciclo de Gibbs (apêndice XXV). Com esta situação compreendi que devo ativar os meus mecanismos de defesa para não me envolver emocionalmente com as situações a ponto de ficar a reviver

esse sofrimento. Evitar querer resolver as situações pelo cliente mas ajudá-lo a descobrir os próprios recursos para ajudar-se a si próprio. Como refere Chalifour (2008) a pessoa perante situações perturbadoras pode sentir-se de tal modo desarmada que dificilmente tem acesso aos seus próprios recursos. Nesta situação um diálogo impregnado de calor e de compaixão pode levar a pessoa, a sentir-se reconhecida e escutada, pode levá-la a procurar alternativas à sua vontade de acabar com a vida (Phaneuf 2005).

Ao longo dos anos da minha prática clínica procurei que o cliente estivesse no centro da minha atuação e, neste sentido, procurei oferecer-lhe oportunidades de decidir, de escolher, de exprimir os seus gostos. Lembro-me da primeira vez que acompanhei um cliente, internado numa unidade de longa duração, a uma grande superfície para escolher a sua prenda de aniversário. Recordo a alegria que lhe transparecia no rosto, a sua perplexidade, a sua ambivalência na tomada de decisão referindo-me que eu é que sabia, o que ela deveria comprar. Nesta época eu ainda não conhecia o conceito de *recovery* na área da saúde mental mas, talvez por intuição estava a agir nesta perspetiva. Como evidenciam Jorge-Monteiro & Matias (2007) “os profissionais de saúde mental devem então proporcionar os melhores contextos e as melhores condições para as pessoas escolherem de acordo com a sua vontade e tomarem as suas próprias decisões e, assim, facilitar o *recovery*” (p.122).

O aprofundar este tema veio reforçar aquele que já era o meu sentir e proporcionou-me mais conhecimento, mais ferramentas para poder investir nesta perspetiva. Aprendi com Deegan (1996) que a minha função enquanto profissional a trabalhar na ótica do *recovery* não é julgar quem tem ou não competências para recuperar mas antes criar um ambiente onde existam oportunidades para o *recovery* e o *empowerment*. Estabelecer relações fortes de apoio às pessoas com quem trabalhamos.

3. AVALIAÇÃO

Ao chegar ao fim deste percurso considero que as competências adquiridas permitir-me-ão assumir uma postura diferente no meu local de trabalho. Espero marcar a diferença na relação com o cliente porque aprendi a prestar atenção a outros aspetos dessa relação. Aprendi a estar mais atenta ao não-verbal do cliente e simultaneamente a consciencializar-me dos sentimentos e emoções que muitas vezes esse não-verbal desperta em mim. Sinto que perante o cliente, ainda tenho dificuldade em gerir esses sentimentos e emoções, o que me leva por vezes a evitar o contacto impedindo com isso que o cliente possa exprimir aquilo que sente. Acredito no entanto que o facto de eu ter consciência disto (o que antes não acontecia) já é um passo para o crescimento na relação com o outro.

Aprendi a olhar o cliente para além das “aparências”, para além do que ele verbaliza, como que com os olhos do coração, porque “só se vê bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos” (Saint-Exupéry p.80). Aprendi a interessar-me de uma outra forma pela pessoa que tenho diante de mim, independentemente do diagnóstico e/ou do seu estado de lucidez porque posso sempre manifestar-lhe atenção, interesse e disponibilidade para escutar. Como refere Lazure (1994) para escutar eficazmente o enfermeiro “deve oferecer inteiramente a sua presença e a sua atenção à globalidade da pessoa do seu cliente” (p.16-17). O Regulamento 356/2015 refere que o EESM “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (p. 17034). Estou consciente que este é um processo difícil mas é o início de um longo caminho que eu quero empreender.

O refletir sobre a experiência ao longo deste estágio foi um dos aspetos fundamentais para o meu crescimento tanto pessoal como profissional. Quando o interveniente reflete sobre as situações conhece e compreende melhor o que vive o cliente e está atento aquilo que ressona na sua presença. Considerando o cliente bem como os conhecimentos científicos sobre o seu problema as intervenções são mais realistas (Chalifour, 2008). Considero que a especialidade ajudou-me a desenvolver uma visão mais profunda e transversal das coisas e dos acontecimentos. Ajudou-me a desenvolver um sentido mais crítico, um questionar constante sobre o

porquê das coisas serem realizadas de determinada forma e não de outra. Aprendi a questionar-me também a mim própria, sobre a intencionalidade das minhas intervenções.

Considero que os dois contextos de estágio foram campos de aprendizagem muito férteis. No primeiro, no Internamento de Psiquiatria de Adultos foi-me dada a possibilidade de constituir um grupo terapêutico e de conduzi-lo ao longo de oito semanas. Esta foi uma experiência enriquecedora e gratificante porque consegui estabelecer uma relação de confiança com cada um dos clientes e com o grupo em si. Logo no início das atividades foi-me proposto pela orientadora clínica realizar as atividades conjuntamente com os clientes. Isto inicialmente deixou-me um pouco apreensiva porque exigia-me que eu estivesse preocupada em animar e, ao mesmo tempo em participar no grupo. Posteriormente percebi que foi muito bom, pois por um lado permitiu-me compreender melhor as dificuldades e/ou dúvidas dos clientes durante a realização das atividades. Por outro lado exigiu-me um maior aprofundamento e desenvolvimento do conhecimento próprio, porque me obrigou a um trabalho prévio de autorreflexão. Como refere Phaneuf (2005) “a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroacção pelos outros permitem-nos descobrir bastante bem, quem nós somos, como somos e o que precisaríamos fazer para melhor nos actualizarmos” (p.177).

À medida que as atividades foram progredindo os clientes começaram a partilhar alguns aspetos das mesmas com outros elementos fora do grupo, e semanalmente eu tinha pessoas a pedir para integrar o grupo. Reconheço que esta foi uma das minhas grandes dificuldades, dizer não, não pode participar porque este é um grupo fechado. Senti-me mal com esta postura e ainda cheguei a colocar a hipótese de iniciar um segundo grupo, só não avancei porque alguém me fez consciencializar que eu estava em estágio, limitada por um período de tempo e, aí eu tive que render-me à evidência. Reconheço porém que este era o meu sentimento de impotência para ajudar as pessoas a provocar-me alguma frustração.

Considero como muito positivo a minha participação nas intervenções terapêuticas que se realizam a nível dos dois campos de estágio, desde as reuniões comunitárias, as sessões de relaxamento, as sessões de movimento, as “sessões de

música ao domicílio” (que consiste em trazer a música aos locais onde estão os clientes que pelo seu estado de saúde não têm possibilidade de deslocar-se ao ginásio), as sessões de psicomotricidade, de educação física adaptada e de dançoterapia. Também participei nos “Grupos de Apoio às Licenças de Fim-de-Semana” (apêndice XXVI). Este é um momento de partilha de experiências muito interessante, em que existe um espírito de interajuda muito grande entre os clientes sobretudo quando a experiência do fim-de-semana não corre tão bem. Como refere Petersen et al. (2015) o estar perto de outras pessoas, da família, dos amigos, dos profissionais e dos colegas é visto como tendo um impacto positivo na recuperação.

No segundo campo de estágio participei no grupo das famílias que se reúne quinzenalmente. Esta também foi uma experiência enriquecedora que me permitiu partilhar as angústias, preocupações, esperanças e alegrias dos familiares. Este grupo é moderado por um psicólogo e um enfermeiro que promovem a partilha de experiências, a expressão de sentimentos e emoções dos familiares. Esta interação com os familiares permitiu-me conhecer um pouco mais de cada cliente, uma outra vertente das suas vidas.

Todas estas intervenções proporcionaram-me importantes momentos de aprendizagem com os vários técnicos e, ocasiões de interação com os clientes. De todas estas intervenções destaco as reuniões comunitárias que constituem uma oportunidade para os clientes comentarem, expressarem aquilo que acharem pertinente, exporem as suas preocupações e questões. Algumas vezes abordam temas relacionados com o funcionamento dos serviços, manifestando a sua satisfação e/ou descontentamento. Este é um aspeto fundamental para o qual como técnicos temos de estar atentos. Numa perspetiva de *recovery* são as pessoas com problemas de saúde mental que estão a contribuir para a mudança nos serviços de saúde mental porque enquanto consumidoras, são elas que determinam o tipo de cuidados que querem ter (Smith & Bartholomew, 2006).

Os registos das interações e das autorreflexões contribuíram para o aprofundamento do autoconhecimento. O ato de refletir sobre a ação e registar essa reflexão ajudou-me a consciencializar-me das minhas inseguranças, dos meus medos e dificuldades. De facto “este olhar retrospectivo permite-nos não somente julgar os nossos comportamentos relacionais, as nossas decisões e as nossas dificuldades,

mas permite também melhorarmo-nos” (Phaneuf, 2005, p.177). Foi importante constatar que parte dos meus sentimentos e dificuldades relativos à relação com o outro foram descritos por alguns autores como legítimos, isso tranquilizou-me.

Como aspeto menos positivo saliento a saída de alguns elementos do grupo antes do fim do programa de intervenção. Por se tratar de um serviço de agudos, eu já contava com uma certa mobilidade, no entanto, teria sido mais enriquecedor para todos nós se o grupo se mantivesse íntegro até ao fim. A saída de um membro tem sempre impacto na vida de um grupo pelo vazio que se faz sentir.

No segundo campo de estágio participaram no grupo alguns clientes que estavam em crise psicótica pelo que tinham maior dificuldade de tolerar o *setting* grupal. Isto implicou da minha parte uma maior flexibilidade, tolerância e capacidade de adaptação pelo que considero um aspeto positivo no meu processo de aprendizagem.

4. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

A elaboração deste relatório teve como objetivo refletir o meu percurso de aprendizagem ao longo do período de estágio. Considero que foi um tempo de “graça” que me permitiu estar disponível para a relação com o outro. O regulamento n.º 356/2015 estabelece que a “especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional” (p. 17034). Apostei na relação, sinto que cresci a este nível mas ao mesmo tempo sinto que estou longe de chegar à “excelência relacional”, este é um horizonte talvez inatingível, mas que me faz avançar, caminhar sempre.

No fim de cada período de estágio experimentei um sentimento de satisfação porque “o estabelecimento de uma comunicação sincera e profunda com uma pessoa doente em sofrimento (...) traz um sentimento de apaziguamento e de satisfação do trabalho bem realizado” (Phaneuf, 2005, p. 187). A reflexão e análise destes sentimentos contribuíram para o autoconhecimento, para desenvolver competências relacionais.

Tal como fui referindo ao longo deste trabalho o desenvolvimento do meu projeto proporcionou aos clientes momentos de partilha e bem-estar. Deu-lhes oportunidade de conhecerem-se a si próprios bem como aos outros elementos do grupo. Despertou-lhes sentimentos de esperança, de *empowerment*, contribuiu para aumentar a autoestima tal como evidencia os resultados da avaliação.

Em termos futuros e a nível de desenvolvimento formativo gostaria de fazer alguma formação na vertente das terapias expressivas, para poder utilizar os vários mediadores com um maior conhecimento de causa. Esta é uma necessidade que vou sentindo e uma ideia ainda em amadurecimento.

Também gostaria de desenvolver projetos nesta perspetiva do *recovery* nos serviços de psiquiatria onde trabalhar. Gostaria de ajudar as pessoas a melhorar a sua qualidade de vida, proporcionar-lhes oportunidades de escolher, de ter objetivos na vida e poder concretizá-los. Como salienta Deegan (1996) não podemos deixar que os nossos corações se tornem insensíveis relativamente às pessoas que têm problemas de saúde mental. O nosso papel não é julgar quem vai ou não recuperar.

O nosso trabalho é criar ambientes onde existem oportunidades para o *recovery* e o *empowerment*.

Cada pessoa pode desenvolver o *recovery* à sua medida, algumas pessoas até podem não chegar a desenvolver as quatro tarefas de recuperação de que fala Slade (2012). O *recovery* é uma meta que se pode ir conquistando no dia-a-dia, é um estar sempre em caminho. Compreender que as pessoas que têm problemas de saúde mental são sobretudo pessoas que estão em processo de crescimento e mudança, é a base para entender o conceito de *recovery* (Deegan, 1996). Como EESM e trabalhando nesta perspectiva do *recovery* é preciso saber “apreciar mais os processos do que os resultados, mais os caminhos do que a meta, mais a navegação do que a chegada ao porto” (HHSCJ, p. 27).

Termino com a esperança de ter conseguido espelhar aquele que foi o meu percurso de aprendizagem ao longo deste estágio.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A. (2012). *A Discriminação do Doente Mental no Ocidente*. Lisboa: Publinédita Unipessoal, Lda.
- Allott, P., Loganathan, L. & Fulford, K.W.M. (2002). Discovering hope for recovery: a review of a selection of recovery literature, implications for practice and systems change in Lurie, S., McCubbin, M., & Dallaire, B. (Eds.). *International innovations in community mental health* [special issue]. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21(3), 13-33.
- American Psychiatric Association (2014) *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5*. (5ed), Lisboa: Climepsi Editores.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586 - 594.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.
- Barker, P. (2001a). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 233-240.
- Barker, P. (2001b). The tidal model: the lived-experience in person-centred mental health nursing care. *Nursing Philosophy*, 2, 213-22.
- Barker, P. (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 96-102.
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2010). The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 171-180. **DOI:** 10.3109/01612840903276696
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model a Guide for Mental Health Professionals*. London and New York: Routledge.

- Brookes, N., Murata, L. & Tansey, M. (2008). Tidal Waves: Implementing a New Model of Mental Health Recovery and Reclamation. *Canadian Nurse*. 104(8), 22-27.
- Camann, M. A. (2010). The Psychiatric Nurse's Role in Application of Recovery and Decision-Making Models to Integrate Health Behaviors in the Recovery Process. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 532-536. DOI: 10.3109/01612841003687316
- Campos, C. & Galante, J. (2012). Educação Terapêutica numa Perspectiva Comunitária em Saúde Mental. *PsiLogos. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*. 10 (1), 23-32.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (Volume I). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção*. (Volume II). Loures: Lusodidacta.
- Chamberlin, J. (2013). A Working Definition of Empowerment. National Empowerment Center. Acedido a 12-07-2015. Disponível em: http://www.power2u.org/articles/empower/working_def.html
- Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 31-38.
- Conselho Nacional de Saúde Mental (2002). *Propostas e recomendações*. 1-34. Acedido a 17-04-2015. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/09A78652-E5CE-4D4A-B5DA-57F0BEB010C4/0/Recom2002.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 22/2011 de 10 de Fevereiro (2011). Diário da República, 1.ª série, N.º 29 (10 -02-2011) 716-723.
- Deegan, P. E. (1987). Recovery, Rehabilitation and the Conspiracy of Hope. Copyright ©. Acedido a 18-03-2016. Disponível em https://www.patdeegan.com/sites/default/files/files/conspiracy_of_hope.pdf.
- Deegan, P. E. (1996). Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 19 (3), 91-97.

- Direção Geral da Saúde, (2013). *PORTUGAL: Saúde Mental em números – 2013, Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: LAYOUT e IMPRESSÃO
- Direção Geral da Saúde (2014). *PORTUGAL: Saúde Mental em números – 2014, Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: LAYOUT e IMPRESSÃO.
- Drake, R. E. & Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 59 (5), 236-242.
- Guedes, M. G. & Baptista, S. G. (2013) Biblioterapia na Ciência da Informação: Comunicação e Mediação. *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, 18 (36), 231-253
- Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (2006). *Missão Hospitalreira, Boa Notícia*. Roma: ARTEGRAF, S.A.
- Hesbeen, Walter, (2000) – *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- King, R., Neilsen P. & White, E. (2013). Creative writing in recovery from severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*. 22, 444-452
DOI:10.1111/j.1447-0349.2012.00891.x.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Loures: Lusodidacta.
- Lefley, H. P. O papel das famílias na integração comunitária: A promoção de serviços de saúde mental, investigação e recovery. In: Ornelas J., Monteiro, F. J., Moniz, M. J. V. & Duarte, T. (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. Lisboa: AEIPS Edições. p. 57-79.
- Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016-Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Nicolino, P. S., Vedana, K. G. G., Miasso A. I., Cardoso, L. & Galera, S. A. F. (2011). Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*. 45(3). 708-15.

- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Cadernos OE Série 1, nº 4. Artes Gráficas, 1-108.
- Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001- Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Genebra.1-150
- Ornelas, J. H. (2005) O modelo comunitário de intervenção em saúde mental na era pós-hospitalar. In: Ornelas J., Monteiro, F. J., Moniz, M. J. V. & Duarte, T. (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. Lisboa: AEIPS Edições. pp. 11-18.
- Petersen, K. S., Friis, V. S., Haxholm B. L. & Wind, G. (2015) Recovery from Mental Illness: A Service User Perspective on Facilitators and Barriers, *Community Ment Health J*, 51, 1 –13. **DOI:** 10.1007/s10597-014-9779-7
- Piat, M., Sabetti J. & Bloom, D. (2009). The Importance of Medication in Consumer Definitions of Recovery from Serious Mental Illness: A Qualitative Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 482 - 490. DOI: 10.1080/01612840802509452.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2096-2105. DOI: 10.1111/jocn.12808.
- Saint-EXUPÉRY, A. (1996). *O Príncipezinho*. (2ª ed.) Lisboa: Europa-América.
- Santos, C. B. (2004). Relação Terapêutica e Processo de Mudança. *PsiLogos. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. 18-23.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.
- Serra, A.V. (1988). O Auto-Conceito. *Análise Psicológica*, 2 (VI), 101-110.
- Slade, M. (2011) 100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais da Saúde Mental, trad. M. Cruz, revisão E. Gonçalves e M. Ferraz, Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

- Slade, M. (2012). *100 Formas de Ajudar a Recuperação: Guia para Profissionais de Saúde Mental*. Coordenação da edição Portuguesa F. Palha. Porto: ENCONTRAR+SE www.upainforma.encontrarse.pt

- Smith, R. C. & Bartholomew, T. (2006). Will Hospitals Recover?: The Implications of a Recovery-Orientation. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9 (2), 85-100. **DOI:** 10.1080/15487760600875982.

-Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 103-108.

- Townsend, M. (2011) *Enfermagem em saúde Mental e Psiquiátrica-Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência*, 6ª edição, Rio de Mouro: LUSOCIENCIA Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- World Health Organization. Regional Office for Europe, (2015a). *The European Mental Health Action Plan 2013 – 2020*, Denmark: Publications.

- World Health Organization (2015b). GLOBAL MENTAL HEALTH. Acedido a 19-07-2015. Disponível em:
http://who.int/mental_health/evidence/atlas/infographic_2015.pdf?ua=1.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo I

Rosenberg Self-Esteem Scale

RSES

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respetiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autoria original de Morris Rosenberg.

Tradução supervisionada por Paulo Jorge Santos. Utilização exclusiva para investigação.

Apêndice I

Os Compromissos e as Competências do Tidal Model

OS COMPROMISSOS E AS COMPETÊNCIAS DO TIDAL MODEL

(Buchanan_Barker & Barker, 2008)

1. Valorizar a voz.

A narrativa da história de vida da pessoa é o princípio e o fim de todo o processo de ajuda. Esta história não abrange apenas o sofrimento da pessoa, mas também a esperança na sua resolução. O *Tidal Model* incentiva a pessoa a desenvolver a sua narrativa original garantindo que todos os registos de cuidados sejam descritos na voz da pessoa.

Competências:

- a) O profissional demonstra capacidade de escutar ativamente a história da pessoa.
- b) O profissional compromete-se a ajudar a pessoa a registar a sua história nas suas próprias palavras como parte integrante do processo de cuidados.

2. Respeitar a linguagem.

Cada pessoa tem a sua forma original de narrar a sua história de vida, representando aos outros aquilo que só ela pode conhecer. A linguagem da história com a sua gramática incomum e metáforas pessoais constitui a forma ideal de iluminação do caminho para o *recovery*.

Competências:

- c) O profissional ajuda a pessoa a expressar-se na sua própria linguagem.
- d) O profissional ajuda a pessoa a expressar a compreensão das suas experiências particulares através de histórias pessoais ou metáforas.

3. Desenvolver uma curiosidade genuína.

A pessoa escreve a sua história de vida, que não é um "livro aberto." Como profissionais precisamos de desenvolver formas de expressar interesse autêntico pela história da pessoa, para que esta venha a compreender-se melhor. Esta curiosidade genuína reflete o interesse do profissional na pessoa e na sua experiência única contrariamente à classificação e categorização de características, que podem ser comuns a muitos outros clientes.

Competências:

- e) O profissional demonstra interesse na história da pessoa, pedindo-lhe para clarificar pontos específicos, e/ou mais exemplos ou detalhes.
- f) O profissional demonstra boa vontade de ajudar a pessoa a desenvolver a própria história.

4. Tornar-se aprendiz.

A pessoa é especialista na sua história de vida e os profissionais podem aprender com essa história adotando uma atitude diligente e respeitosa de alguém que se quer tornar aprendiz. É necessário aprender com a pessoa, ajudá-la a descobrir quais as necessidades mais prementes a serem trabalhadas no momento presente em vez de substituir a pessoa nesse processo. Ninguém pode conhecer a experiência da outra pessoa como ela própria.

Competências:

- g) O profissional desenvolve um plano de cuidados sempre que possível com base nas necessidades ou desejos expressos pela pessoa.
- h) O profissional ajuda a pessoa a identificar os problemas específicos da vida, e o que é necessário fazer para resolvê-los.

5. Utilizar as ferramentas disponíveis.

A história da pessoa contém inúmeros exemplos de estratégias que foram eficazes no passado e que poderão vir a funcionar no futuro para essa pessoa. Estas são as principais ferramentas que é necessário utilizar para desbloquear ou construir a história do *recovery*.

Competências:

- i) O profissional ajuda a pessoa a desenvolver a consciência sobre o que funciona a favor ou contra si relativamente aos problemas específicos da vida.
- j) O profissional demonstra interesse em identificar o que a pessoa pensa especificamente ou pode ser capaz de fazer para lidar melhor com problemas específicos da sua vida.

6. Capacidade de dar um passo mais além.

O profissional e a pessoa trabalham em conjunto na construção de uma apreciação daquilo que precisa ser feito no aqui e agora. O primeiro passo é crucial, revela o poder da mudança e aponta para o objetivo final do *recovery*. Qualquer viagem começa na nossa imaginação, é importante imaginar-se a seguir em frente.

Competências:

- k) O profissional ajuda a pessoa a identificar que tipo de mudança poderia representar um passo na direção da resolução ou afastamento de um problema específico da sua vida.
- l) O profissional ajuda a pessoa a identificar o que tem de fazer num futuro imediato, para experimentar este "passo positivo" na direção da meta desejada.

7. Oferecer tempo.

Não há nada mais valioso do que o tempo que o profissional e o cliente passam juntos. O tempo é promotor da mudança. Muitas vezes, os profissionais queixam-se de não ter tempo suficiente para trabalhar de forma construtiva com a pessoa. Mas através de uma atenção criativa os profissionais encontram frequentemente tempo para fazer o que é necessário ser feito.

Competências:

- m) O profissional ajuda a pessoa a consciencializar-se de que o tempo que lhe é dedicado é uma resposta às suas necessidades específicas.
- n) O profissional reconhece o valor do tempo que a pessoa dedica ao seu processo de avaliação e prestação de cuidados.

8. Revelar sabedoria pessoal.

Na descrição da sua história de vida, a pessoa desenvolveu imensa sabedoria. Uma das tarefas-chave do profissional é ajudar a pessoa a revelar e a valorizar essa sabedoria, para utilizá-la como sustento durante o percurso do *recovery*.

Competências:

- o) O profissional ajuda a pessoa a identificar e a consciencializar-se das forças e fraquezas pessoais.

- p) O profissional ajuda a pessoa a desenvolver a autoconfiança, promovendo assim a capacidade de autoajuda.

9. A mudança é inevitável e constante.

Esta é a história comum para todas as pessoas. Sendo a mudança inevitável, o crescimento é opcional, é necessário tomar decisões e fazer escolhas para que ocorra o crescimento. A tarefa do profissional é consciencializar a pessoa do como é que a mudança está a dar-se e apoiá-la na tomada de decisões sobre o curso da viagem do *recovery*.

Competências:

- q) O profissional ajuda a pessoa a desenvolver a consciência das mudanças subtis nos pensamentos, sentimentos ou ações.
- r) O profissional ajuda a pessoa a desenvolver a consciência de como a própria pessoa, os outros ou determinados eventos influenciam essas mudanças.

10. Ser transparente.

A pessoa e o profissional tornam-se uma equipe onde deve prosperar a confiança. O profissional encontra-se assim numa posição privilegiada para reforçar a confiança e de uma forma transparente ajudar a pessoa a entender exatamente o que está sendo feito e o porquê. O uso da própria linguagem da pessoa, a elaboração do plano de cuidados conjuntamente com a pessoa tornam a relação profissional/pessoa ainda mais transparente.

Competências:

- s) O profissional tem como objetivo assegurar-se de que a pessoa está consciente, em todos os momentos, da finalidade de todo o processo de cuidados.
- t) O profissional garante à pessoa o fornecimento da cópia de todos os documentos de avaliação e planeamento do processo de cuidados para sua própria referência.

Apêndice II

Avaliação Inicial

AVALIAÇÃO INICIAL

(Adaptado da Avaliação Holística (The Holistic Assessment) de Barker & Buchanan-Barker, 2005)

1. O que o trouxe a este serviço? Na sua opinião qual foi o problema? Como se sente em relação ao que aconteceu e/ou está a acontecer?

(O objetivo desta pergunta é perceber se a pessoa tem insight ou não como está a vivenciar o problema no momento presente).

2. Como é que esta situação o afetou? De um modo geral que efeito tem este acontecimento em si e na sua vida?

(O objetivo aqui é perceber que repercussões tem este acontecimento na vida da pessoa).

3. Como é que este acontecimento influenciou a sua relação com as outras pessoas (família, amigos e outros)?

(O objetivo desta pergunta é perceber até que ponto esta situação afeta as relações da pessoa com os seus familiares, amigos e outros).

4. Como se sente agora? Quais são os seus sentimentos sobre a situação que está a vivenciar neste preciso momento?

(O objetivo aqui é explorar o contexto emocional atual).

5. O que gostaria que acontecesse na sua vida agora? O que espera que seja feito relativamente a esta situação? O que necessita mudar para que isso aconteça?

(O objetivo desta pergunta é perceber que tipo de suporte a pessoa julga ser apropriado. A partir desta avaliação pretendo delinear com a pessoa o seu plano individual de intervenção).

Apêndice III

Caraterização da População

CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Elemento	1	2	3
Sexo	F	F	M
Idade	50	70	51
Escolaridade	3º Ciclo	1º Ciclo	Ensino superior
Estado Civil	Casada	Viúva	Casado
Estrutura Familiar	Vivia só, ultimamente com os pais.	Vive sozinha. Tem 2 filhos que a apoiam.	Vive com a esposa
Motivo de internamento	Abandono da medicação (esquizofrenia).	Depressão grave com tentativa de suicídio.	Depressão grave com ideação suicida.

Elemento	4	5	6
Sexo	M	F	F
Idade	31	74	75
Escolaridade	Ensino superior	1º Ciclo	1º Ciclo
Estado Civil	Solteiro	Viúva	Viúva
Estrutura Familiar	Vive com os pais.	Tem 2 filhos, vive com a filha.	Vive só
Motivo de internamento	Alteração do comportamento. (Forma complexa de perturbação mental).	Depressão grave incapacitante.	Ideação delirante persecutória.

Elemento	7	8
Sexo	M	F
Idade	50	32
Escolaridade	3º Ciclo	Ensino superior
Estado Civil	Solteiro	Solteira
Estrutura Familiar	Vive só.	Vive com os pais e o filho de 8 anos.
Motivo de internamento	Isolamento social (esquizofrenia)	Abandono da medicação (esquizoafetiva).

Apêndice IV

Avaliação da Intervenção

Apêndice V

Síntese dos resultados das avaliações das oito atividades

Sessão Nº 1	Elemento 1	Elemento 2	Elemento 3	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7	Elemento 8
Nesta sessão, o que mais gostei...	Da colagem e do convívio	De estarmos juntos	Do convívio existente entre o grupo	Do convívio entre todos	Descobrir a alegria	Gostei do convívio	Da colagem	
Nesta sessão descobri que...	Conhecermos melhor	Para nos conhecermos melhor	Existem coisas boas e coisas más	Há várias pessoas com muitos sentimentos	Gostava de ser feliz	Podemos partilhar os nossos sentimentos	Lembrei-me da minha mocidade	
No final desta sessão, sinto que...	Foi boa	Estou feliz	Houve uma partilha de sentimentos entre os elementos do grupo	Houve paz interior e partilha	Fui franca e sincera	Conheço melhor os outros doentes	Foi boa	
Nesta sessão, o que menos gostei...	Gostei de tudo	Gostei de tudo	Nada tenho a referir	Gostei de tudo	Gostei de tudo	Gostei de tudo	Bom	
Esta sessão serviu para...	Conhecermos melhor	Sermos mais amigos	Um conhecimento das pessoas do grupo.	Repetirmos mais vezes	Esclarecer o que é a vida	Conhecermos-nos melhor	Nos conhecermos melhor	

Sessão Nº 2	Elemento 1	Elemento 2	Elemento 3 Não participou	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7	Elemento 8
Nesta sessão, o que mais gostei...	Saber falar de si mesmo			Do convívio entre todos e a partilha	De tudo o que foi falado	Gostei de tudo o que ouvi	Gostei de tudo	Da interação com a enfermeira.
Nesta sessão descobri que...	Existem pedras no caminho			Posso melhorar a minha autoestima.	Podia ser mais forte	Existe muita comparação com as nossas vidas	A vida é uma caixa de surpresas	Podemos ser livres quando somos criticados, levamos um não etc.
No final desta sessão, sinto que...	Sinto alívio			Fez-me bem partilhar.	Nunca é tarde para ser forte	Foi muito em comparação com as nossas vidas	Mais esclarecida sobre a vida	Valeu a pena estes 60 minutos e que a felicidade pode acontecer em qualquer altura.
Nesta sessão, o que menos gostei...	Gostei de tudo			Gostei de tudo	Gostei de tudo		Gostei de tudo	De alguns colegas não terem participado
Esta sessão serviu para...	Há pedras no caminho. Mesmo assim podemos ser felizes	Gostei de tudo o quanto me foi explicado, achei muito interessante.		Esclarecer dúvidas que tinha sobre a minha vida	Alertar as pessoas	Existe pedras no caminho mas podemos construir um caminho melhor.	Esclarecer que a vida tem muitos obstáculos	Olhar para cima e ter coragem e força de vontade para enfrentar as pedras no meu caminho.

Sessão Nº 3	Elemento 1	Elemento 2	Elemento 3	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7	Elemento 8
Nesta sessão, o que mais gostei...	Gostei de tudo	De tudo	Saber que transmiti às pessoas as minhas qualidades.	Da partilha	Da sinceridade das pessoas	Gostei de tudo	Da descrição e caraterísticas das pessoas.	Da opinião dos colegas sobre mim.
Nesta sessão descobri que...	A minha personagem, que tenho qualidades	Tinha qualidades.	Tenho qualidades que são apreciadas por outras pessoas.	Tenho muitos amigos	Há pessoas que me querem bem	Descobri que as pessoas são seres maravilhosos	As caraterísticas que as pessoas veem em mim.	Sou um ser cheio de qualidades.
No final desta sessão, sinto que...	Sou útil	Muito bem.	Agraciado por todos.	Sou útil	No fundo fiquei animada	Fiquei a conhecer melhor os meus companheiros.	Bem comigo própria	Tudo vale a pena mesmo que a alma seja pequena.
Nesta sessão, o que menos gostei...	Gostei de tudo	Gostei de tudo	Nada a referir	Gostei de tudo	Gostei de tudo	Nada	Gostei de tudo	Sentir-me perdida no princípio.
Esta sessão serviu para...	Descobrir a minha pessoa	Gostarmos mais de nós.	Autoavaliar	Conhecer melhor outras pessoas	Aprender a ser compreensiva	Conhecermos melhor	Me conhecer a mim própria e satisfeita por isso.	Sabermos como somos, o que gostamos...

Sessão Nº 4	Elemento 1	Elemento 2	Elemento 3	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7	Elemento 8
Nesta sessão, o que mais gostei...	De ter feito o desenho.	De estarmos todos juntos.		Da partilha de todos.	Foi a união de todos.	De tudo.	Gostei da forma de abordar a pessoa.	Pintar e pensar em coisas boas.
Nesta sessão descobri que...	Momentos bons da vida	A amizade uns pelos outros.		Tenho momentos bons na vida.	Tinha algumas coisas para dizer.	Os seres humanos são seres maravilhosos.	Neste ano tive coisas boas.	Existem momentos bons.
No final desta sessão, sinto que...	Existem coisas boas.	Estou muito contente.		Foi bom este momento de partilha.	Foi bom estar aqui.	Fiquei a conhecer melhor os companheiros.	Sinto-me alegre ao pensar nas coisas boas.	A minha vida vai melhorar.
Nesta sessão, o que menos gostei...	Gostei de tudo	Gostei de tudo		Gostei de tudo	Gostei de tudo	De nada	Gostei de tudo	Das pessoas às vezes falarem em demasia.
Esta sessão serviu para...	Aprender	Dar mais alegria e aprendermos mais.		Aprender a reconhecer os momentos mais bonitos da minha vida.	Aprender	Mostrar as alegrias da vida.	Refletir um pouco	Descobrir que existem momentos lindos e maravilhosos.

Sessão Nº 5	Elemento 1	Elemento 2 Desistiu	Elemento 3 Teve alta	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7	Elemento 8
Nesta sessão, o que mais gostei...	Gostei de tudo			A partilha entre o grupo.	Foi do ambiente.	De tudo	Da identificação com as imagens.	De colar os recortes.
Nesta sessão descobri que...	A minha família é o mais importante.			É bom estar em convívio.	Que se pode fazer muitas coisas.	O que é importante para mim.	Sinto-me muito distante da família.	Existem muitas coisas que nos fazem bem.
No final desta sessão, sinto que...	Bem			Gostei e espero que o meu castelo se mantenha firme.	Estava atenta.	Fiquei mais esclarecido sobre a minha personalidade.	É necessário termos distração	Já sei o que fazer quando estou em baixo.
Nesta sessão, o que menos gostei...	Gostei de tudo.			Gostei de tudo.	Gostei de tudo.	De nada	Custou-me a fazer e perceber a atividade.	Aceitar que a medicação pode ser o mais importante.
Esta sessão serviu para...	Descobrir o que eu sou.			Enriquecer o meu conhecimento de mim próprio.	Relaxar	Mostrarmos o que é mais importante para nós.	Identificar o que nos faz bem.	Saber o que nos pode fazer bem, inclusive a medicação.

Sessão Nº 6	Elemento 1 Transferida	Elemento 2 Desistiu	Elemento 3 Teve alta	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7	Elemento 8
Nesta sessão, o que mais gostei...				Da partilha entre todos.	Foi das palavras da irmã.	De tudo	Estar acompanhada das pessoas presentes.	Relembrar o que é a esperança.
Nesta sessão descobri que...				A esperança é a última a morrer.	Era um pouco mais forte.	A vida é esperança.	É difícil viver sem esperança.	Tenho muita esperança dentro de mim.
No final desta sessão, sinto que...				Ganhei mais esperança.	Ainda não disse tudo.	A esperança é a última a morrer.	Todos partilham do mesmo fim.	Feliz e com mais entusiasmo.
Nesta sessão, o que menos gostei...				Gostei de tudo	Gostei de tudo	De nada	Gostei de tudo	Devia cada um só ter uma imagem.
Esta sessão serviu para...				Desabafarmos sobre a esperança.	Abrir um pouco mais os olhos.	Esclarecer que sem esperança a vida é vazia.	Aprender a abrir-me mais.	Rever o que é a esperança e saber como e onde podemos contar com ela.

Sessão Nº 7	Elemento 1 Transferida	Elemento 2 Desistiu	Elemento 3 Teve alta	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7	Elemento 8
Nesta sessão, o que mais gostei...				Gostei da partilha entre todos	De tudo	De tudo	Da forma como as pessoas conviveram, das várias opiniões.	Refletir sobre os meus espinhos.
Nesta sessão descobri que...				Tenho defeitos	Podia ser mais feliz.	A vida tem maus momentos e que devemos supera- los.	Gosto destas sessões	Uma rosa pode ser desprezada.
No final desta sessão, sinto que...				Foi bom ouvir os outros.	Foi boa para esclarecer.	A vida é feita de coisas boas e de coisas más.	Relaxe a minha mente.	O senhor não devia ter feito aquilo à rosa.
Nesta sessão, o que menos gostei...				Gostei de tudo	Do meu trabalho.	De nada	Gostei de tudo	De lembrar a minha situação com o meu pai.
Esta sessão serviu para...				Descobrir os meus defeitos.	Ver os nossos defeitos.	Esclarecer que a vida está cheia de surpresas.	Descobrir de que nem tudo são rosas.	Falar acerca dos espinhos na nossa vida.

Sessão Nº 8	Elemento 1 Transferida	Elemento 2 Desistiu	Elemento 3 Teve alta	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7	Elemento 8
Nesta sessão, o que mais gostei...				De receber a carta que me escreveram.	Gostei de tudo	De tudo.	Gostei de tudo o que fizemos, assim vamos conhecendo as pessoas melhor.	De escrever as cartas.
Nesta sessão descobri que...				Tenho qualidades que não sabia que tinha.	Tenho amizades.	Um pouco mais de mim.	É bom haver reuniões deste género.	Gosto dos meus colegas e gostaria que as reuniões continuassem.
No final desta sessão, sinto que...				Estou mais feliz pela carta.	Cumpri no que disse.	Fiquei a conhecer melhor a pessoa que me enviou esta carta.	Aproximei-me mais das pessoas que intervieram.	Só falta mais uma sessão.
Nesta sessão, o que menos gostei...				Gostei de tudo.	Não tenho motivos para não gostar.	De nada	Gostei de tudo	De algumas pessoas terem escrito pouco.
Esta sessão serviu para...				Descobrir as minhas qualidades.	Alertar as ideias.	Conhecermo-nos melhor.	Conhecer melhor as pessoas.	Refletir sobre a esperança e qualidades das pessoas.

Apêndice VI

Plano da 1ª sessão

Plano da 1ª sessão

Objetivo Geral – Trabalhar o Autoconceito e a Autoestima

Etapa	Objetivos específicos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> - Definir as regras do grupo. - Promover a coesão do grupo; - Aumentar o envolvimento dos participantes; - Apresentar o grupo; 	<p>Definir as regras do grupo</p> <p>Ao som de uma música de fundo pedir para as pessoas deambularem pela sala de uma forma descontraída, procurando sentir o espaço, sentir os pés assentes no chão, sentir como está o corpo, as pernas, os braços, as mãos, as costas...</p> <p>continuando a circular pela sala pedir para cumprimentar-se com um aperto de mão, olhando-se e sorrindo.</p> <p>Em círculo, pedir individualmente que se apresentem indo ao meio dizendo o nome e uma característica sua.</p>	<p>Leitor de CD</p> <p>CD - Música</p>	Terapeuta e coterapeuta	10'
Dinâmica de grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o autoconhecimento e o conhecimento mútuo entre os participantes; - Melhorar o autoconceito e a autoestima; 	<p>Explicar em que consiste a atividade.</p> <p>Colocar várias revistas numa mesa e pedir a cada elemento do grupo que escolha imagens e/ou palavras com as quais se identifiquem e que melhor o descrevam. Representar numa única página.</p>	<p>Folhas de papel em branco, revistas, tesouras, cola, e canetas coloridas</p>	Terapeuta e coterapeuta	30'
Término	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conhecimento recíproco. - Expressar sentimentos e emoções; 	<p>Os terapeutas e os clientes em círculo conversam sobre o significado das imagens e ou palavras escolhidas por cada um.</p> <p>No final da partilha, os terapeutas agradecem a participação de todos.</p> <p>Entregar uma folha de avaliação da sessão onde cada pessoa preenche de uma forma individual.</p>	<p>Folhas de avaliação e canetas</p>		20'

Apêndice VII

Plano da 2ª sessão

Plano da 2ª sessão

Objetivo Geral – Descobrir o valor da vida apesar das “pedras” que vão surgindo no dia-a-dia

Etapas	Objetivos específicos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	-Promover a coesão do grupo;	Dar as boas vindas ao grupo. Perceber como cada um se sente no momento atual.		Terapeuta e coterapeuta	5'
Dinâmica de grupo	- Utilizar a palavra como mediador para expressar aspetos sobre si próprio; - Identificar as “pedras” na vida de cada um e perceber que essas pedras podem abrir novos caminhos; -Expressar sentimentos e emoções;	À volta de uma mesa, entregar um poema de Fernando Pessoa intitulado “Pedras no caminho”. Pedir para cada elemento do grupo ler em voz baixa. Depois voltar a ler em voz alta para o grupo. Refletir sobre os aspetos que lhes faz mais sentido, que têm a ver com a vida de cada um. Os terapeutas refletem com os clientes lançando-lhes algumas questões sobre a vida, sobre a forma como investimos nela, sobre os vários obstáculos (pedras) que nos surgem no caminho e que podem significar oportunidades de crescimento.	Mesa e cadeiras Texto “pedras no caminho”	Terapeuta e coterapeuta	45'
Término		No final da partilha, os terapeutas dão <i>feedback</i> ao grupo e agradecem a participação de todos. Entregar a folha de avaliação da sessão onde cada pessoa preenche de uma forma individual.	Folhas de avaliação e canetas	Terapeuta e coterapeuta	10'

Sessão orientada pela Enf. Chefe do Serviço

Fernando Pessoa – Pedras no Caminho

Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes,
Mas não esqueço de que minha vida
É a maior empresa do mundo...
E que posso evitar que ela vá à falência.
Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver
Apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise.
Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e
Se tornar um autor da própria história...
É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar
Um oásis no recôndito da sua alma...
É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida.
Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.
É saber falar de si mesmo.
É ter coragem para ouvir um “Não”!!!
É ter segurança para receber uma crítica,
Mesmo que injusta...

Pedras no caminho?

Guardo todas, um dia vou construir um castelo...

Apêndice VIII

Plano da 3ª sessão

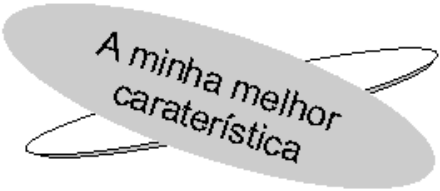
Plano da 3ª sessão

Objetivo Geral – Trabalhar o Autoconceito e a Autoestima

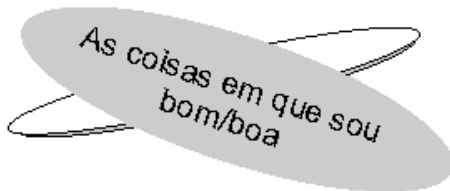
Etapas	Objetivos específicos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	-Promover a coesão do grupo;	Sentados à volta de uma mesa perguntar como se sentem no momento presente. Explicar em que consiste a atividade.	Mesa e cadeiras;	Terapeuta e coterapeuta	5'
Dinâmica de grupo	- Expressar aspetos positivos sobre si próprio; - Melhorar o autoconceito e a autoestima;	Entregar a cada pessoa, uma folha de papel dobrada em três partes (folheto). Pedir para cada elemento do grupo decorar a seu gosto a parte da frente com o seu nome, com letras grandes. No interior, em cada uma das partes estão colocadas três categorias: a minha melhor característica; as coisas em que eu sou bom/boa e o último momento que me trouxe bem-estar e alegria. Pedir para escreverem sobre cada categoria no interior do folheto. Posteriormente fechar esse folheto e passá-lo aos vários elementos do grupo para, sem o abrir escreverem na parte de trás aquilo que mais admiram nessa pessoa. No final da atividade cada pessoa terá uma recordação de muitas coisas positivas sobre si mesma.	Folhetos previamente elaborados, canetas, canetas coloridas e lápis de cor.	Terapeuta e coterapeuta	35'
Término	-Expressar sentimentos e emoções;	Os terapeutas e os clientes partilham aquilo que descreveram no interior da brochura nas três categorias, bem como o que foi referido por todos os elementos do grupo. No final da partilha, os terapeutas dão <i>feedback</i> ao grupo e agradecem a participação de todos. Entregar uma folha de avaliação da sessão onde cada pessoa preenche de uma forma individual.	Folhas de avaliação e canetas	Terapeuta e coterapeuta	20'

**Aquilo que os
outros mais
admiram em mim**

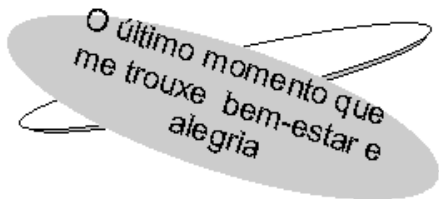
Meu Nome



A minha melhor
caraterística



As coisas em que sou
bom/boa



O último momento que
me trouxe bem-estar e
alegria

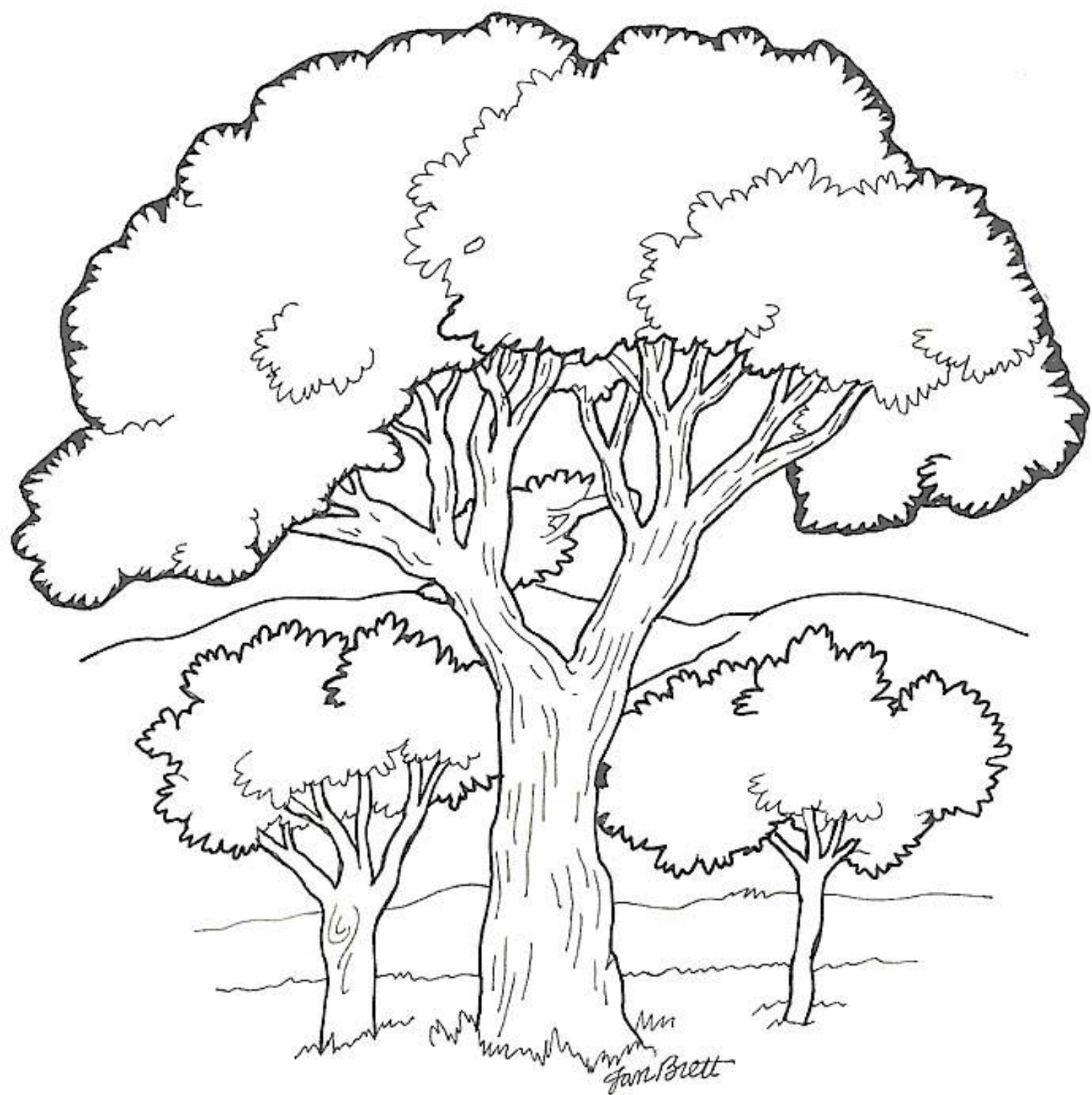
Apêndice IX

Plano da 4ª sessão

Plano da 4ª sessão

Objetivo Geral – Aprender a valorizar das pequenas coisas da vida

Etapa	Objetivos Específicos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	- Promover a coesão do grupo;	-Sentados à volta de uma mesa perguntar como se sentem no momento presente. -Explicar em que consiste a atividade. -Colocar uma música ambiente, suave.	Mesa e cadeiras; Música ambiente	Terapeuta e coterapeuta	5'
Dinâmica de grupo	- Promover a esperança. - Valorizar as pequenas coisas da vida. -Proporcionar uma experiência edificante.	Entregar a cada pessoa uma folha de papel com uma árvore e pedir para a colorir. Posteriormente pedir para cada pessoa centrar-se nas coisas boas da vida, mesmo que sejam coisas pequeninas e colocar na árvore 5 coisas boas que lhe tenham acontecido durante o último ano.	Folhas de papel com uma árvore por colorir, Lápis de cor e canetas coloridas	Terapeuta e coterapeuta	30'
Término	- Permitir a expressão de sentimentos e emoções. - Melhorar a autoestima	Os terapeutas e os clientes conversam sobre o significado dessas coisas boas, sobre a importância do dar-se conta delas e valorizá-las no dia-a-dia. No final da partilha, os terapeutas agradecem a participação de todos. Entregar uma folha de avaliação da sessão onde cada pessoa preenche de uma forma individual.	Folhas de avaliação e canetas	Terapeuta e coterapeuta	25'



Apêndice X

Estudo de caso da cliente A

6º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESTUDO DE CASO

Autor: Elisabete de Nóbrega Teixeira Canada, nº 6142

Lisboa

Dezembro, 2015



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESTUDO DE CASO

Autor: Elisabete de Nóbrega Teixeira Canada, nº 6142

Orientador: Professor Miguel Narigão

Lisboa

Dezembro, 2015

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. APRESENTAÇÃO DA CLIENTE.....	5
2. RECOVERY (Recuperação Pessoal)	7
2.1 O Modelo de Enfermagem para o <i>Recovery - The Tidal Model</i>	8
3. ESQUIZOFRENIA.....	9
3.1 Desenvolvimento e curso da patologia.....	11
3.2 Fatores de risco e prognóstico.....	11
3.2.1 Fatores Ambientais.....	11
3.2.2 Fatores Genéticos e fisiológicos.....	11
3.3 Consequências funcionais da esquizofrenia.....	12
3.3.1 Risco de Suicídio.....	12
3.3.2 Capacidade de insight.....	13
4. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL.....	14
4.1 Antecedentes pessoais.....	15
4.2 Antecedentes familiares.....	15
4.3 Genograma da cliente A.....	16
4.4 Ecomapa da cliente A.....	16
4.5 Situações de vulnerabilidade.....	17
4.6 Avaliação física e mental.....	18
4.7 Tratamentos relativos à situação atual da cliente A.....	19
5. AVALIAÇÃO DA CLIENTE E DEFINIÇÃO DOS RESPETIVOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM.....	20
5.1 Plano de Cuidados.....	22
5.2 O que aprendi.....	26
5.3 Recomendações.....	27
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

INTRODUÇÃO

A elaboração deste estudo de caso tem como objetivo principal apresentar a situação da Cliente A bem como o seu plano de cuidados de acordo com as suas necessidades e perspetivas. Para tal começo por fazer referência ao quadro conceptual do meu projeto, o *recovery* e o respetivo modelo de enfermagem, The Tidal Model. Seguidamente faço uma abordagem ao quadro teórico da Esquizofrenia, uma referência à história de doença atual e à avaliação física e mental. Depois apresento o plano de cuidados no qual faço um levantamento dos diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções de enfermagem. Posteriormente procedo a uma análise dos resultados, a uma breve síntese do que aprendi e algumas recomendações para uma futura intervenção com a cliente e respetiva família.

A Cliente A tem 50 anos de idade, nasceu num país africano onde viveu até aos 9 anos altura em que veio viver para Portugal. Tem diagnóstico de esquizofrenia e está internada numa unidade de psiquiatria de adultos há cerca de um ano. Em 2014 foi internada compulsivamente com elação do humor, verborreia, ideação delirante persecutória sem insight. Teve alta e voltou a residir sozinha em habitação própria e sem rendimentos. Esta situação levou ao não cumprimento da terapêutica com o consequente reinternamento, acabando por ser referenciada para a atual unidade de internamento para promoção da adesão terapêutica e estimulação do autocuidado como forma de evitar a descompensação psicótica a curto prazo.

A escolha desta cliente para o estudo de caso deve-se à evidência de sintomas negativos que esta demonstrava. Tendo como quadro conceptual do meu projeto, o *recovery* senti-me desafiada a intervir nesta cliente no sentido da promoção do *recovery*.

1. APRESENTAÇÃO DA CLIENTE

A Cliente A nasceu num país africano onde viveu até aos 9 anos altura em que veio viver para Portugal juntamente com os pais devido à situação de guerra em que mergulhava o país em 1974. O pai era polícia e a mãe era costureira, trabalhava para fora. A cliente estudou até ao 9º ano de escolaridade, deixou de estudar por estar “farta da escola” (SIC), refere que posteriormente se arrependeu por ter abandonado a escola.

Teve uma infância na sua opinião boa tendo sido sempre saudável. Colaborava nas lides da casa com a mãe e a irmã. Aos 18 anos teve um primeiro namorado que foi a sua “paixão louca” (SIC), que não deu certo porque este drogava-se e a mãe impediu-a de prosseguir com o namoro. A cliente falou deste episódio da sua vida com uma grande satisfação salientando que lhe disseram que este acabou por deixar a droga e refazer a sua vida. Neste momento tem um bom emprego e não chegou a casar, “é um solteirão” refere com um grande sorriso. Entretanto conheceu o ex-marido com quem namorou durante 3 anos, casou aos 23 e teve um filho aos 27 anos. Iniciou história psiquiátrica no pós-parto com síndrome depressivo, nesta fase refere que fez medicação e ficou bem.

Trabalhou num cabeleireiro durante muitos anos onde na sua opinião era explorada, recebia pouco, trabalhava muito e nunca a deixaram avançar, “não passei de aprendiz” (SIC). Entretanto no cabeleireiro que a mãe costumava frequentar surgiu uma vaga e esta mudou para lá. Porém neste novo emprego também teve problemas, referiu que a colega de trabalho “era muito manhosa” (SIC) e sobrecarregava-a com trabalho. Em 2002 houve divergências entre os sócios do cabeleireiro, havendo mesmo uma separação entre os mesmos. A cliente permaneceu numa das partes só que na sua opinião, a gerente fazia uma má gestão, contraiu dívidas e mais tarde acabou por a despedir. Entretanto arranjou um novo emprego, nas limpezas porém, também este emprego teve de deixar por inveja das colegas, “invejavam o meu trabalho” (SIC). Com um fôlego triste refere que sofreu muito com tudo isto. Toda esta instabilidade que a cliente refere no emprego não estará ligado ao seu problema de saúde porque entretanto esta havia deixado a medicação. De acordo com DSM-5 (2014) a manutenção do emprego costumam ser prejudicados pela avolia ou por

outras manifestações da perturbação, mesmo quando as habilidades cognitivas são suficientes para as tarefas a serem realizadas.

Além de ter perdido o emprego neste mesmo ano de 2002, divorcia-se a pedido do marido, a cliente refere que já sabia que ele tinha outra mulher pelo que aceitou o divórcio. Refere que perdeu o filho neste momento, “deixei-o com 10 anos e meio, como já não dava trabalho a avó paterna quis ficar com ele” (SIC). Mais tarde o filho foi viver com o pai e a outra mulher. Ao referir isto revela uma certa tristeza no fâcies no olhar e na voz.

Após o divórcio e o afastamento do filho houve um agravamento da sintomatologia depressiva, iniciou acompanhamento psiquiátrico e psicoterapêutico. Melhorou mas voltou a ter várias recaídas por falta de insight e má adesão terapêutica. Desde há cerca de 5 anos iniciou alterações do comportamento, contraindo dívidas ao fazer compras indiscriminadamente, tendo os pais saldado essas mesmas dívidas. A situação foi evoluindo negativamente ao longo dos anos. Deixou de conseguir realizar as suas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), com défice no autocuidado, no cuidado da casa, deixou de pagar as contas da água e eletricidade, passou a isolar-se e a ter uma relação conflituosa com os vizinhos.

A cliente até então viveu sempre de forma autónoma, afastada dos pais mas nesta fase de crise aproximou-se deles que segundo refere a ajudaram muito nas despesas e no cuidado da casa. No entanto refere que estes reclamaram pelo facto de esta voltar a depender deles.

A cliente tem uma única irmã com quem não tem uma relação muito próxima porque segundo refere vive longe. Após o divórcio, o ex-marido continuou a habitar no mesmo prédio que a cliente entrecruzando-se frequentemente no elevador, na entrada e saída do prédio. A cliente manteve uma relação conflituosa com o ex-marido sempre que o encontrava tentava agredi-lo física e verbalmente. A partir do divórcio o ex-marido impediu-a de relacionar-se com o filho.

2. RECOVERY (Recuperação pessoal)

No âmbito da saúde mental, a noção de *recovery* surgiu na década de 80, por pessoas com experiência de doença mental, a partir de descrições das suas histórias e experiências de luta, descoberta e mudança pessoais (Duarte, 2007). O processo de *recovery* engloba quatro componentes essenciais nomeadamente a esperança vista como o elemento catalizador do processo de *recovery* a auto-identidade que implica uma redefinição da pessoa, conhecer-se a si próprio e conhecer a própria doença, o ter um sentido na vida que implica uma reavaliação dos objetivos e metas de vida anteriores e a responsabilidade pessoal que inclui a capacidade de assumir responsabilidade pela própria vida, a gestão do bem-estar, da medicação, e a autonomia relativamente às próprias escolhas de vida. Implica determinar o curso da própria vida, com o apoio e orientação dos profissionais de saúde (Andresen, Oades, & Caputi, 2003).

Entendo que esta não é uma tarefa fácil, sobretudo em casos como o da cliente A em que os sintomas negativos dão lugar ao embotamento afetivo e à avolia. Como salienta Deegan (1996) a pessoa antes de se tornar participante ativa no seu próprio processo de *recovery*, em algum momento pode se encontrar numa situação de grande apatia e indiferença, de não se importar com mais nada. É um momento em que a pessoa sente que está entre os “mortos-vivos”: sozinha, abandonada e à deriva num mar morto, silencioso sem corrente. Esta fase exige de nós profissionais uma certa perspicácia e ao mesmo tempo criatividade para aceder ao seu mundo, é o momento de estabelecer relações fortes de apoio às pessoas com quem trabalhamos (Deegan, 1996). O apoio ao *recovery* “envolve um afastamento do tratamento centrado na doença, no sentido da promoção do bem-estar. Isto requer uma transformação em que os paradigmas dos profissionais se tornam parte integrante de uma compreensão global da pessoa” (Slade, 2012, p.13).

2.1 O Modelo de Enfermagem para o *Recovery* - *The Tidal Model*

O Tidal Model é um modelo de enfermagem orientado para o *recovery*. Trata-se do primeiro modelo desenvolvido por enfermeiros de saúde mental conjuntamente com grupos de pessoas sob os seus cuidados e, desenvolve-se nas situações mais difíceis tais como, contextos de unidades de agudos onde as pessoas se encontram no seu ponto mais baixo (Barker & Buchanan-Barker, 2010).

O Tidal Model defende a filosofia do envolvimento do cliente no seu próprio processo terapêutico baseando a sua construção na experiência vivida e narrada pela própria pessoa (Barker & Buchanan-Barker, 2010). Seguindo a metodologia deste modelo comecei por abordar a cliente numa entrevista inicial que resultou muito difícil dado que esta só respondia com um sim, não e pouco mais. A sua falta de insight dificultou ainda mais a narrativa da sua experiência, porque na sua opinião os pais eram os únicos responsáveis pelo seu internamento, “não fui internada por estar doente, quiseram prender-me aqui por insegurança da parte deles” (sic). Aos poucos fui construindo uma relação de confiança com esta cliente, o que tornou possível levá-la a iniciar os primeiros passos neste caminho rumo ao *recovery*.

3. ESQUIZOFRENIA

A Cliente A tem o diagnóstico de esquizofrenia seguidamente passo a desenvolver os contornos desta patologia.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a esquizofrenia é uma doença mental severa que afeta mais de 21 milhões de pessoas em todo o mundo e apresenta uma taxa de prevalência de 0.2% (WHO, 2014).

O DSM-5 (2014) descreve a Esquizofrenia como sendo um transtorno psicótico que é definido por anormalidades num ou mais dos cinco domínios: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos. A fim de clarificar um pouco mais esta patologia e de perceber as suas implicações na cliente A, passo a definir cada um dos cinco domínios de acordo com o DSM-5 (2014).

Os **delírios** são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. O seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (p. ex., persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza).

As **alucinações** são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São vívidas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controlo voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, embora as alucinações auditivas sejam as mais comuns na esquizofrenia e em transtornos relacionados. As alucinações auditivas costumam ser vividas como vozes, familiares ou não e são percebidas como diferentes dos próprios pensamentos do indivíduo.

A **desorganização do pensamento** (transtorno do pensamento formal) costuma ser inferida a partir do discurso do indivíduo. Este pode mudar de um tópico a outro (descarrilamento ou afrouxamento das associações). As respostas a perguntas podem ter uma relação oblíqua ou não ter relação alguma (tangencialidade).

Comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal pode-se manifestar de várias formas, desde o comportamento pueril até à agitação

imprevisível. Os problemas podem ser observados em qualquer forma de comportamento dirigido a um objetivo, levando a dificuldades na realização das atividades cotidianas.

O comportamento motor grosseiramente desorganizado inclui o **comportamento catatónico** que consiste numa redução acentuada na reatividade ao ambiente. Varia da resistência a instruções (negativismo), passando por manutenção de postura rígida, inapropriada ou bizarra, até à falta total de respostas verbais e motoras (mutismo e estupor). Pode, ainda, incluir atividade motora sem propósito e excessiva sem causa óbvia (excitação catatónica). Outras características incluem movimentos estereotipados repetidos, olhar fixo, caretas, mutismo e eco da fala.

Os sintomas negativos são responsáveis por uma porção substancial da morbilidade associada à esquizofrenia. Dois sintomas negativos são especialmente proeminentes na esquizofrenia: a **expressão emocional diminuída** e a **avolia**.

A **expressão emocional diminuída** inclui reduções na expressão de emoções pelo rosto, no contacto visual, na entonação da fala e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso. A **avolia** é uma redução em atividades motivadas, auto iniciadas e com uma finalidade. A pessoa pode ficar sentada por períodos longos e mostrar pouco interesse em participar em atividades profissionais ou sociais. Outros sintomas negativos incluem alogia, anedonia e falta de sociabilidade. A alogia é manifestada por produção diminuída do discurso. A anedonia é a capacidade reduzida de ter prazer resultante de estímulos positivos, ou a degradação na lembrança do prazer anteriormente vivido. A falta de sociabilidade refere-se à aparente ausência de interesse em interações sociais, podendo estar associada à avolia embora possa ser uma manifestação de oportunidades limitadas de interações sociais (DSM-5, 2014).

Nesta cliente os sintomas negativos são bastante evidentes, a expressão emocional está diminuída e a avolia é marcante. Estes aspetos foram os que mais me impressionaram na cliente e por isso me desafiaram a intervir no sentido de melhorá-los. Comecei por apostar na relação com esta cliente, o que inicialmente resultou difícil uma vez que não havia hipótese de manter um diálogo, as respostas variavam entre

o sim e o não. Qualquer proposta que eu lhe fizesse era simplesmente rejeitada com um “não me apetece”. Deegan (1996) que passou por esta experiência refere que a pessoa com doença mental muitas vezes está altamente desmotivada, parecendo não se importar com nada, no entanto, esta pode ser uma estratégia adaptativa utilizada por pessoas desesperadas que estão em grande risco de perder a esperança. É importante que o profissional entenda e simpatize com esta luta existencial profunda que está no cerne desta noite escura de desespero.

3.1 Desenvolvimento e curso da patologia

As características psicóticas da esquizofrenia costumam surgir entre o fim da adolescência e meados dos 30 anos; é raro o início antes da adolescência. A idade de pico do início do primeiro episódio psicótico é entre o início e a metade da faixa dos 20 anos para o sexo masculino e fim dos 20 anos para o feminino. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas a maioria dos indivíduos manifesta um desenvolvimento lento e gradativo de uma variedade de sinais e sintomas clinicamente importantes. Metade das pessoas queixa-se de sintomas depressivos. A idade mais precoce do início é vista como preditor de pior prognóstico (DSM-5, 2014).

3.2 Fatores de risco e prognóstico

3.2.1 Fatores Ambientais

A estação do ano está associada à incidência da esquizofrenia, incluindo o fim do inverno/início da primavera em alguns locais e verão para a forma da doença com *deficits*.

3.2.2 Fatores Genéticos e fisiológicos

Existe uma forte contribuição dos fatores genéticos na determinação do risco para a esquizofrenia, embora a maioria dos indivíduos com diagnóstico da perturbação não tenha história familiar de psicose. Complicações na gestação e no nascimento, com hipoxia, e idade avançada dos pais estão associadas a maior risco de esquizofrenia para o feto. Além disso, outras adversidades no período pré-natal e perinatal, incluindo o stress, infeções, desnutrição, diabetes materna e outras condições médicas, têm ligação com a esquizofrenia no entanto, a maioria dos bebés com esses fatores de risco, não desenvolve a doença.

3.3 Consequências funcionais da esquizofrenia

Segundo o DSM-5 (2014) a esquizofrenia está associada a significativa disfunção social e profissional. O progresso educacional e a manutenção do emprego costumam ser prejudicados pela avolia ou por outras manifestações da perturbação, mesmo quando as habilidades cognitivas são suficientes para as tarefas a serem realizadas. A maior parte dos indivíduos tem empregos inferiores aos de seus pais, e a maioria, especialmente os homens, não casa ou tem contactos sociais limitados fora da família.

A cliente em estudo está desempregada desde há mais ou menos 10 anos, período que coincide com o agravamento da sintomatologia depressiva. Algum tempo depois iniciou alterações do comportamento levando-a a necessitar de internamento. A nível de relações interpessoais houve também um empobrecimento progressivo, a cliente vivia só, afastada da família e com uma relação conflituosa com os vizinhos.

Os portadores desta patologia têm 2 a 2.5 vezes maior probabilidade de morte prematura, que a população em geral, por associação à ocorrência de doenças cardiovasculares, metabólicas ou infecciosas (WHO, 2014). O estigma, a discriminação e a violação dos direitos humanos das pessoas com esquizofrenia são comuns. Esta patologia é tratável com medicação e apoio psicossocial (WHO, 2014).

3.3.1 Risco de Suicídio

Aproximadamente 5 a 6% das pessoas com esquizofrenia morrem por suicídio; 20% tentam suicídio numa ou mais ocasiões, e muitos mais têm ideação suicida importante. Um comportamento suicida ocorre por vezes em resposta ao comando das alucinações. O risco de suicídio é elevado durante o ciclo de vida para os dois sexos, embora possa ser especialmente alto em indivíduos do sexo masculino mais jovens com uso de substâncias comórbidas. Outros fatores de risco incluem ter sintomas depressivos ou sentimentos de desesperança e estar desempregado. O risco é maior também no período pós-crise psicótica ou alta hospitalar (DSM-5, 2014). A cliente A até agora não manifestou ideação ou comportamento suicida.~

3.3.2 Capacidade de insight

Uma dimensão importante nesta patologia relaciona-se com a capacidade de *insight* por parte dos clientes. O *insight* constitui um fator central para o envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação e acontece quando a mesma se apercebe do impacto da doença a nível pessoal e interpessoal (Vanelli et al, 2010). Segundo os mesmos autores “estudos realizados evidenciaram que a falta de insight tem consequências importantes na prática clínica. O baixo nível de insight em doentes psicóticos (sobretudo doentes esquizofrénicos) está associado a uma maior duração da psicose não tratada, escassa ou ausente adesão à terapêutica, maior disfunção profissional e redução das capacidades sociais”. (Vanelli et al, 2010). Também Favrod e Maire (2014) sustentam que a pessoa deve aprender a conhecer a doença a fim de poder participar ativamente no seu tratamento, nomeadamente no ajuste da medicação e na prevenção de recaídas. No caso da cliente em estudo não há qualquer tipo de insight e, quando tentamos abordar o assunto esta procura justificar colocando os pais como os únicos responsáveis pelo seu internamento.

4. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

A Cliente A atualmente tem o diagnóstico de esquizofrenia e está internada numa unidade de psiquiatria de adultos há cerca de um ano. Em Maio de 2014 é internada compulsivamente com elação do humor, verborreia, ideação delirante persecutória sem insight. (Esta informação foi retirada da nota de alta da instituição de saúde onde a cliente esteve antes de ser referenciada para a atual unidade. Desde que entrou neste serviço a cliente nunca apresentou elação do humor nem verborreia, pelo contrário, tem apresentado embotamento afetivo). Teve alta e voltou a residir sozinha em habitação própria e sem rendimentos. Esta situação levou ao não cumprimento da terapêutica com consequentes recaídas. Acaba por ser referenciada para a atual unidade de internamento para promoção da adesão terapêutica e estimulação do autocuidado como forma de evitar a descompensação psicótica a curto prazo.

A cliente A está neste momento com 50 anos de idade, de acordo com Erikson (1998) esta faixa etária insere-se no sétimo estágio que diz respeito à idade adulta e que o autor atribui a “antítese crítica de generatividade vs, auto-absorção e estagnação” (p.59). Para este mesmo autor a generatividade inclui a procriatividade, a produtividade e a criatividade isto é, a “geração de novos seres, novos produtos e ideias” (p.59). Da antítese emerge uma nova “virtude”, o cuidado, que é “um compromisso cada vez mais amplo de cuidar, das pessoas, dos produtos e das ideias com as quais aprendemos a nos importar” (p.60). Se por acaso houver um fracasso na expansão da generatividade a pessoa pode estagnar. Erikson refere que a estagnação “assinala a patologia nuclear deste estágio e, evidentemente, envolverá certa regressão a conflitos prévios” (p.60).

No caso da cliente A há aqui um fracasso nítido na expansão da generatividade. Partindo do pressuposto de Erikson a virtude do cuidado nesta cliente pode estar afetada, levando-a à estagnação uma vez que esta perdeu o contacto com o filho há cerca de 15 anos, perdeu o emprego, deixou de poder ser autónoma nas suas AIVD voltando a viver na casa dos pais e, neste momento está internada, com poucas perspetivas de retomar a sua vida na comunidade como era o seu desejo. No conjunto das atividades de âmbito psicoterapêutico que esta cliente integrou, comecei por

pedir-lhe para escolher imagens de várias revistas com as quais se identificasse, esta escolheu a fotografia de uma jovem e outra de uma mãe com um filho. Quando partilhou sobre a escolha destas imagens referiu que a primeira simbolizava ela quando era jovem e que a outra representava ela e o filho. Partindo disto fui incentivando-a ao autocuidado, ao preocupar-se com a sua aparência, ao mesmo tempo que fui reforçando positivamente as mudanças que ia notando na forma como esta se vestia. A relação de confiança que estabelecemos também me permitiu ir incentivando-a a voltar a envolver-se no seu programa de atividades que já possuía e que por avolia tinha abandonado. O trabalho realizado com esta cliente constituiu apenas o início de um pequeno passo no longo caminho do *recovery*.

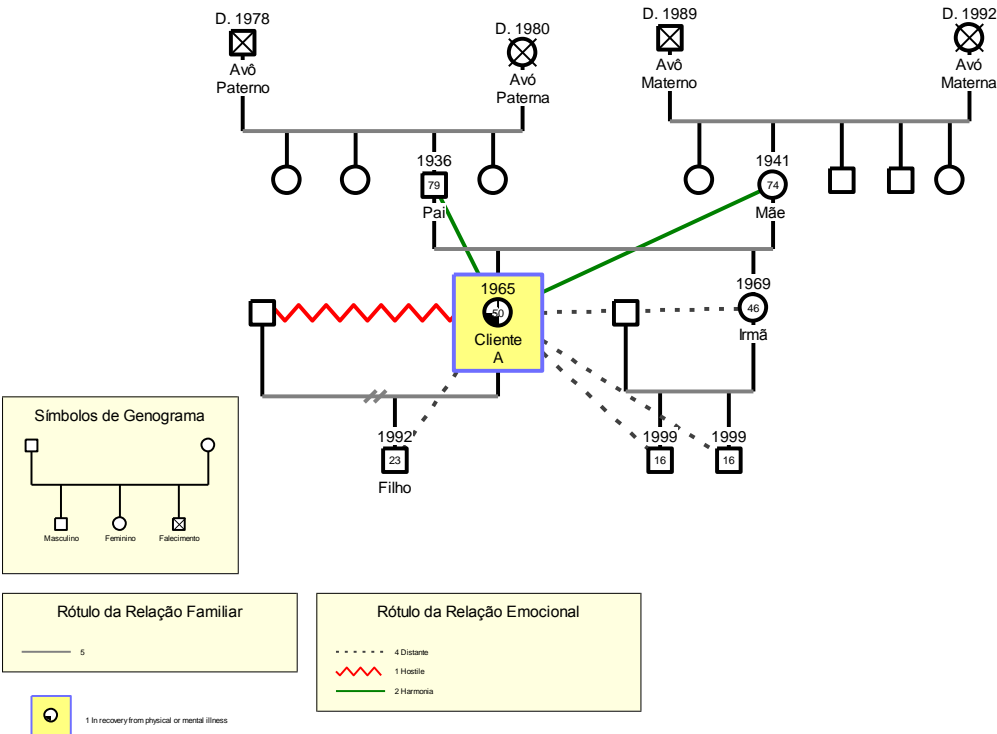
4.1 Antecedentes pessoais

Como antecedentes pessoais a cliente apresenta litíase vesicular seguida em consulta de cirurgia geral. Há 30 anos foi submetida a cirurgia oftálmica. Há 18 anos teve uma gravidez ectópica. Há 11 anos foi submetida a herniorragia inguinal. Tem uma gastrite crónica.

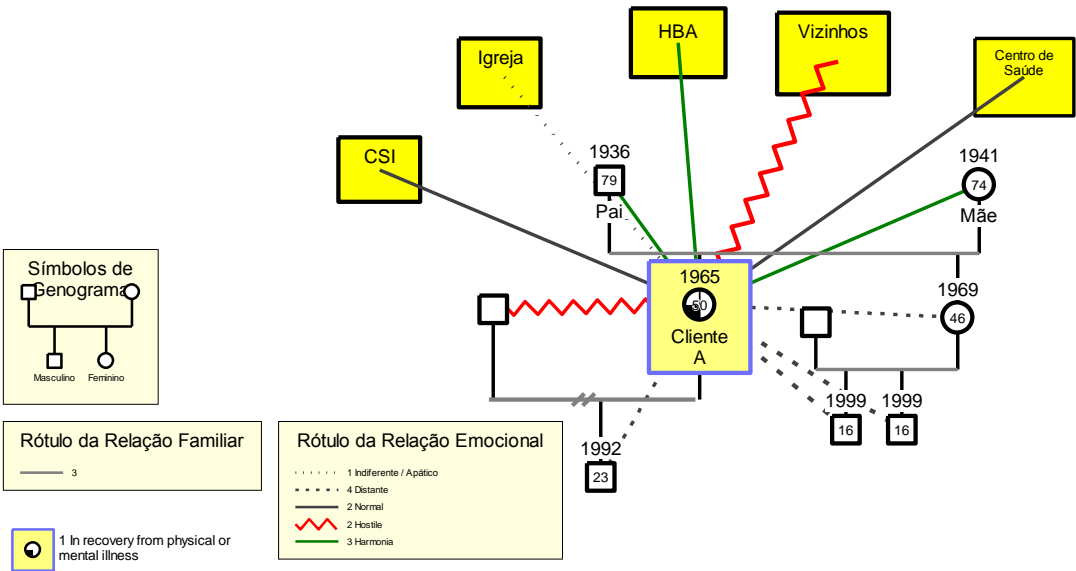
4.2 Antecedentes familiares

A cliente nega antecedentes familiares de doença mental.

4.3 Genograma da cliente A



4.4 Ecomapa da cliente A



4.5 Situações de vulnerabilidade

A cliente A tem dificuldade em perceber o seu contexto de vida, diz-se capaz de voltar a viver sozinha, não tem rendimentos, nem perspectivas de voltar a trabalhar. Tem pouco suporte social, os pais já idosos referem não ter condições para ter a filha a viver com eles. Têm muita dificuldade em perceber a situação de saúde da cliente, após várias intervenções por parte da equipa no sentido de explicar-lhes os aspetos relacionados com a natureza e gestão da doença, incluindo a necessidade de adesão terapêutica, estes unicamente preocupam-se em saber “quando vai ficar boa”. Sobretudo o pai costuma fazer muitos comentários negativos diante da cliente, dizendo que esta “já não é capaz de fazer nada”, etc. A irmã vai na mesma linha de pensamento, diante da cliente pergunta - porque é que ela está sempre assim com este ar? (SIC). A cliente refere não ter uma relação próxima com a irmã porque vive muito longe e tem a sua vida muito ocupada. Com o ex-marido desde o divórcio sempre manteve uma relação conflituosa, este reside com o filho no mesmo prédio e sempre que se encontravam a cliente fazia escândalo, motivo pelo qual, o ex-marido sempre a impediu de contactar com o filho. A relação com os vizinhos também era conflituosa, a cliente muitas vezes em crise por não aderir à terapêutica, dirigia-se à casa dos vizinhos para os insultar.

A cliente A tem tendência a isolar-se, interage pouco com as outras pessoas, quando abordada responde ao essencial com pouca expressão. Sem insight para o seu problema de saúde, quando questionada sobre o motivo do seu internamento refere que “os meus pais é que me quiseram trazer para cá para eu adquirir mais conhecimentos e estar com pessoas boas, não fui internada por estar doente, quiseram prender-me aqui por insegurança da parte deles” (SIC).

4.6 Avaliação física e mental

Sinais vitais T.A. 90/60 mmHg; P= 62 p/m; Peso= 65kg; Altura= 1,62m

A cliente apresenta pele e mucosas rosadas, estado de higiene cuidada com necessidade de estimulação. Higiene Oral cuidada e vestuário adequado. A idade aparente corresponde à realidade. Sem hábitos alcoólicos, tabágicos e nega consumo de drogas. Está orientada auto e alopsiquicamente, está consciente.

A nível da avaliação neurológica, a cliente apresenta tremores dos membros superiores e inferiores e lentificação psicomotora.

Quanto ao internamento a cliente aceita-o mas com alguma renitência por falta de insight.

A cliente apresenta o humor apático, com embotamento afetivo. Apresenta a memória recente e a remota sem alterações.

A nível da comunicação o discurso é lentificado e o conteúdo é pobre respondendo apenas ao essencial com pouca expressão, com sim, não. Audição é normal. Tem diminuição da acuidade visual, usa óculos.

As relações interpessoais são difíceis, a expressão emocional está diminuída. A cliente fica sentada por longos períodos no mesmo local e mostra pouco interesse em relacionar-se com alguém e/ou participar nas atividades programadas.

Neste momento a cliente aparentemente não tem alterações do pensamento.

A nível da locomoção e mobilização a cliente apresenta lentificação psicomotora.

A cliente apresenta alterações do ciclo do sono, tem dificuldade em dormir.

Relativamente à alimentação a cliente tem apetite regular e está bem nutrida.

A cliente é independente na eliminação mas, por vezes com enurese noturna.

4.7 Tratamentos relativos à situação atual da cliente A

Em consequência da sua situação a cliente tem instituída a seguinte terapêutica:

- Xeplion 50mg mensal, este medicamento é utilizado para o tratamento de manutenção dos sintomas da esquizofrenia em clientes adultos estabilizados com paliperidona ou risperidona.

- Ácido Valpróico 1000 de libertação prolongada 1 cp diário ao jantar.

- Risperidona 3mg 1 cp diário ao jantar.

- Sertralina 100mg 1 cp diário ao peq. Almoço.

- Pantoprazol 40 1 caps. em jejum

A cliente tem um programa de atividades fora da unidade que engloba Ginástica ou sessão de movimento 3 vezes por semana, atelier de expressão plástica 2 vezes por semana. Na unidade tem reunião comunitária semanal e promoção da adesão terapêutica quinzenalmente. Está também integrada no grupo psicoterapêutico da unidade que funciona semanalmente.

5. AVALIAÇÃO DA CLIENTE E DEFINIÇÃO DOS RESPETIVOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

No início do estágio apercebi-me que a cliente A passava os dias sentada no mesmo lugar sem se ocupar em nada, aos poucos fui a questionando sobre a participação nas atividades que tinha programadas, e pude aperceber-me que esta conhecia muito bem o seu plano de atividades, só não frequentava porque segundo referia não lhe apetecia.

Defini o diagnóstico, **interação social prejudicada** porque a cliente isola-se e não interage com ninguém, quando abordada responde apenas com monossílabos. Procurei estabelecer uma relação de confiança com esta cliente, que se demonstrou mais comunicativa algumas vezes tomando a iniciativa de iniciar a conversa. Passou a responder ao que eu lhe perguntava de uma forma mais abrangente sem ser apenas com um sim e não e, de uma forma mais expressiva. O fâcies passou a estar mais expressivo, mais alegre. Algumas vezes sentou-se na sala ao lado dos outros clientes.

Na aplicação da escala de avaliação de autoestima de Rosenberg cujos scores totais variam entre 10 e 40, a cliente obteve um score de 25. Por sua vez a cliente demonstrava-se desmotivada para qualquer coisa evidenciando sintomas negativos da patologia. Por este motivo defini o objetivo: **Baixa autoestima**.

No trabalho desenvolvido com esta cliente houve alguma melhoria, a relação de confiança estabelecida permitiu-me ir reforçando positivamente as suas iniciativas na forma como se vestia. Incentivei-a a arranjar as unhas e foi notória a sua satisfação depois de arranjá-las. Nas atividades psicoterapêuticas de grupo, esta participou sempre e foi partilhando vários aspetos sobre si. Numa das atividades em que se propunha que cada pessoa falasse sobre as suas melhores características e se pedia posteriormente aos vários elementos para dizerem aquilo que mais admiravam em cada um dos elementos do grupo, foi notória a sua satisfação ao receber o feedback dos outros. Na avaliação dessa atividade disse que descobriu que tinha qualidades e que se sentia útil. Numa outra atividade que se pedia a cada um para identificar através da escolha de imagens os seus recursos para manter o castelo da sua vida de pé, esta identificou vários mas na avaliação da atividade salientava o recurso da família como o mais importante.

A cliente é autônoma no autocuidado porém necessita de algum apoio e supervisão devido à avolia que revela. Quando incentivada colabora correspondendo aos estímulos dados. Neste sentido defini como objetivo: **Deficit no autocuidado (Higiene/banho; vestir-se/arranjar-se)**. Após algum tempo a cliente passou a arranjar-se melhor, vestindo roupas diferentes, fui reforçando positivamente a sua iniciativa e era evidente a sua satisfação.

A cliente refere que não está doente, que foi internada porque os pais assim quiseram. Na sua opinião não necessita de medicação, os vários reinternamentos que teve foram por falta de adesão terapêutica. Por estes motivos defini o diagnóstico: **Ausência total de insight e dificuldade de adesão terapêutica.**

Pelo que tive oportunidade de observar esta família não é muito presente e tem alguma dificuldade em aceitar a situação da cliente mesmo após várias intervenções por parte da equipe de enfermagem. A sua maior preocupação é saber quando é que a filha vai ficar boa. O pai é pouco assertivo para com a cliente, diante dela refere que esta “já não é capaz de fazer absolutamente nada em casa”, pelo que preferia que esta passasse para um regime de longo internamento. Por tudo isto defini o diagnóstico de enfermagem: **Coping familiar deficiente.**

5.1 Plano de Cuidados

Na perspetiva do *recovery* e de acordo com Slade, (2012) “a recuperação é algo trabalhado pela pessoa (...). O contributo dos profissionais é dar apoio a cada pessoa no seu percurso para a recuperação” (p. 9). Neste sentido tive alguma dificuldade em delinear o plano de cuidados com a cliente uma vez que inicialmente esta não estava motivada para tal. No momento em que a cliente passou a demonstrar mais interesse em participar nas várias atividades, em que talvez já fosse possível traçarmos objetivos em conjunto a cliente foi transferida para uma outra unidade.

Diagnósticos de Enfermagem de acordo com NANDA (Townsend, 2011)	Justificação	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
- Interação social prejudicada	A cliente passa os dias sentada no mesmo lugar sem interagir com ninguém. Quando abordada responde apenas com monossílabos.	<ul style="list-style-type: none">- Desenvolver uma relação de confiança, demonstrando empatia e consideração positiva.- Identificar interesses da cliente no âmbito da interação social.- Incentivar saídas ao exterior, ao bar, ao jardim com outros clientes.- Motivar a cliente a participar nas reuniões comunitárias, nas sessões de	<p>A cliente ao fim de um mês vai:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dar respostas mais abrangentes e não apenas com monossílabos.- Sair ao exterior na companhia de outros clientes.

<p>- Baixa autoestima</p>	<p>A cliente obteve um score de 25 na escala de avaliação de autoestima de Rosenberg cujos scores totais variam entre 10 e 40.</p>	<p>relaxamento e nas sessões de psicomotricidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validar com a cliente o grau de satisfação face ao percurso efetuado. - Integrar a cliente no grupo de atividades psicoterapêuticas que visam a promoção da autoestima. - Estimular a cliente a identificar os seus recursos positivos. - Encorajar a cliente a participar nas atividades programadas. - Incentivar idas ao cabeleireiro. - Dar poder através da participação ativa nas reuniões comunitárias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Passar algum tempo com os outros em vez de se isolar. - Apresentar iniciativa no contacto. <p>A cliente vai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expressar sentimentos e emoções. - Verbalizar aspetos que aprecia em si mesma. - Identificar os seus recursos positivos. - Participar nas atividades por iniciativa própria.
<p>- Deficit no autocuidado (Higiene/banho; vestir-se/arranjar-se.</p>	<p>A cliente necessita de incentivo e apoio constante para a higiene/banho; vestir-se/arranjar-se.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar ao autocuidado. - Incentivar a autonomia nos cuidados de higiene e apresentação pessoal. 	<p>A cliente vai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar de forma independente as atividades de autocuidado.

<p>- Ausência total de insight e dificuldade de adesão terapêutica.</p>	<p>A cliente refere que não está doente, foi internada porque os pais assim o quiseram. Teve vários reinternamentos por falta de adesão terapêutica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Estabelecer com a cliente um padrão de higienização e responsabilizá-la pela sua aparência. - Reforçar positivamente qualquer melhoria a nível do autocuidado. - Promover a capacidade de insight através de formação sobre aspetos relacionados com a natureza da doença e gestão da mesma incluindo a adesão terapêutica. - Participar nos grupos de psicoeducação sobre adesão terapêutica. - Incentivar a cliente a gerir autonomamente a sua medicação proporcionando os meios necessários para isso. - Integrar grupo de autoajuda. - Identificar falsas crenças de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a higiene pessoal a um nível aceitável. <p>A cliente vai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conhecimentos sobre a sua doença. - Aprender a reconhecer os sinais de alerta como forma de prevenir as crises. - Gerir autonomamente a sua medicação.
---	--	---	--

<p>- Coping familiar deficiente.</p>	<p>Apesar dos pais já terem recebido informação relativamente à doença da filha, a sua maior preocupação é saber quando é que esta vai ficar boa. O pai é pouco assertivo para com a cliente, diante dela refere que esta “já não é capaz de fazer absolutamente nada”.</p> <p>A cliente manifesta desejo de passar alguns fins-de-semana com a família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar a sua experiência de doença mental como recurso para a sua recuperação. - Proporcionar à família formação sobre os aspetos relacionados com a natureza da doença e, sobre a necessidade de adesão terapêutica. - Envolver a família no processo terapêutico da cliente. - Incentivar a família a participar num grupo de autoajuda. - Permitir a troca de vivências e sentimentos entre a família em ambiente protegido (equipa/familiares). - Aconselhar a cliente a verbalizar os seus sentimentos relativos ao seu desejo de ir a casa, na presença da família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a gerir a sua vida apesar das limitações causadas pela doença. <p>A família vai:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ter informação sobre os aspetos da natureza e gestão da doença. - Saber reconhecer os sinais de alerta como forma de prevenir crises. - Colaborar no processo terapêutico da cliente de uma forma eficaz. <p>A cliente vai passar alguns fins-de-semana com a família.</p>
--------------------------------------	--	---	---

5.2 O que aprendi

Aprendi que não se pode desistir das pessoas, que há sempre algo a fazer, que existem pequeninos ganhos que fazem toda a diferença na vida da pessoa. Uma palavra de incentivo, um sorriso, a valorização de uma pequena iniciativa constituem pequenos passos que podem mudar a forma de alguém estar na vida. Procurei elaborar e implementar o plano de cuidados a desenvolver com a cliente a fim de “promover as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar” (F3.4.5) (Regulamento n.º 129/2011).

Este estudo de caso proporcionou-me a oportunidade de melhorar um pouco a qualidade de vida desta cliente que estava desmotivada. Aos poucos fui tentando abordá-la, nos primeiros dias ignorava-me, recusava qualquer proposta que eu lhe fizesse mas, passado algum tempo passou a participar nas atividades quando incentivada a tal. Mais tarde passou a dirigir-se às mesmas por iniciativa própria. Algumas vezes fui-lhe dando um reforço positivo ao que esta correspondia com um sorriso revelando satisfação.

Houve aqui uma mudança crucial na vida desta pessoa. Um despertá-la para o início da caminhada rumo ao *recovery* que para Jorge-Monteiro & Matias (2007) significa o desenvolvimento de um novo ego, de novos comportamentos que tornem a vida das pessoas implicadas, melhor e mais produtiva. É uma atitude, uma postura e uma forma de abordar os desafios do dia-a-dia (Deegan, 1996).

5.3 Recomendações

No momento em que talvez já fosse possível delinear conjuntamente com a cliente o seu projeto pessoal, esta foi transferida para uma outra unidade. Assim que seria fundamental num futuro próximo prosseguir o processo de *recovery* principiado procurando construir com a cliente o seu projeto pessoal, na sua própria linguagem e de acordo com as suas necessidades e expectativas de mudança mais prementes ajudando-a deste modo a descobrir as suas próprias soluções.

A cliente tem falta de insight e tem dificuldade de adesão terapêutica, estas fragilidades podem vir a ser ultrapassadas se integradas no seu projeto individual, também estas foram reportadas à nova equipa que a vai acompanhar.

A família tem dificuldade em aceitar e lidar com a situação da cliente pelo que também é necessário intervir tendo em conta que a informação fornecida pelo enfermeiro e o seu suporte psicológico ajuda a família a adaptar-se à doença e aos seus constrangimentos, sobretudo quando se trata de um problema de longa duração (Phaneuf, 2005). Tratando-se neste caso de um problema de doença mental torna-se ainda mais complicado devido ao estigma a ela associado. É fundamental não esquecer que a família constitui um todo, pelo que o sofrimento de um dos seus membros tem repercussões imediatas no comportamento dos restantes (Alarcão, 2002). Deste modo torna-se fundamental intervir nesta família a nível da educação e informação relativamente a esta doença (sintomas, etiologia, tratamento e prognóstico). Também seria benéfico para esta família integrá-la num grupo de suporte a fim de receber apoio emocional e adquirir competências de *coping* para melhor lidar com a pessoa portadora desta doença. Futuramente seria crucial também promover uma maior aproximação entre cliente e a família.

Sinto que o tempo foi curto para poder acompanhar esta cliente, a sua mudança inesperada de unidade impediu-me de poder dar continuidade ao processo iniciado. Tentei transmitir à nova equipa de enfermagem o projeto que tinha delineado e acredito que esta dará continuidade ao processo iniciado até porque se trata de uma unidade vocacionada para a reabilitação psicossocial.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andresen, R., Oades, L. & Caputi, P. (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 37, 586 – 594.
- American Psychiatric Association (2014) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*. (5ed), São Paulo: Artmed. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/248320024/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf#scribd>
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2010). The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 171-180. DOI: 10.3109/01612840903276696
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 19 (3), 91-97.
- Duarte, Teresa. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 25 (1), 127-133. Acedido a 16-04-2015. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312007000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Erikson, E. H. (1998). *O Ciclo de Vida Completo*, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jorge-Monteiro, F., & Matias, J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas?. *Análise Psicológica*, 25 (1), 111-125. Acedido a 16-04-2015. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/433/pdf>
- Slade, M. (2012). *100 Formas de Ajudar a Recuperação: Guia para Profissionais de Saúde Mental*. Coordenação da edição Portuguesa F. Palha. Porto: ENCONTRAR+SE www.upainforma.encontrarse.pt
- Townsend, M. (2011) *Enfermagem em saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidencia*, 6ª edição, Rio de Mouro, LUSOCENCIA Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M. L., Góis, C., Santos, J., et al. (2010). *Adaptação para Português da Escala de Insight Marková e Berrios*. Obtido em 23 de Outubro de 2015, de Acta Médica Portuguesa: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.actamedicaportuguesa.com%2Frevista%2Findex.php%2Famp%2Farticle%2Fdownload%2F748%2F425&ei=jJoVJuGA8v3aui6gKAE&usq=AFQjCNG1p9_5B5m02KMRepe-Zr3LL3VhGw&sig2=i3bzujbqsPNWDXuybH6O-Q&bvm=bv.79142246,d.d2s

- World Health Organization (2014), *Schizophrenia* - Fact Sheet Nº 397. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>

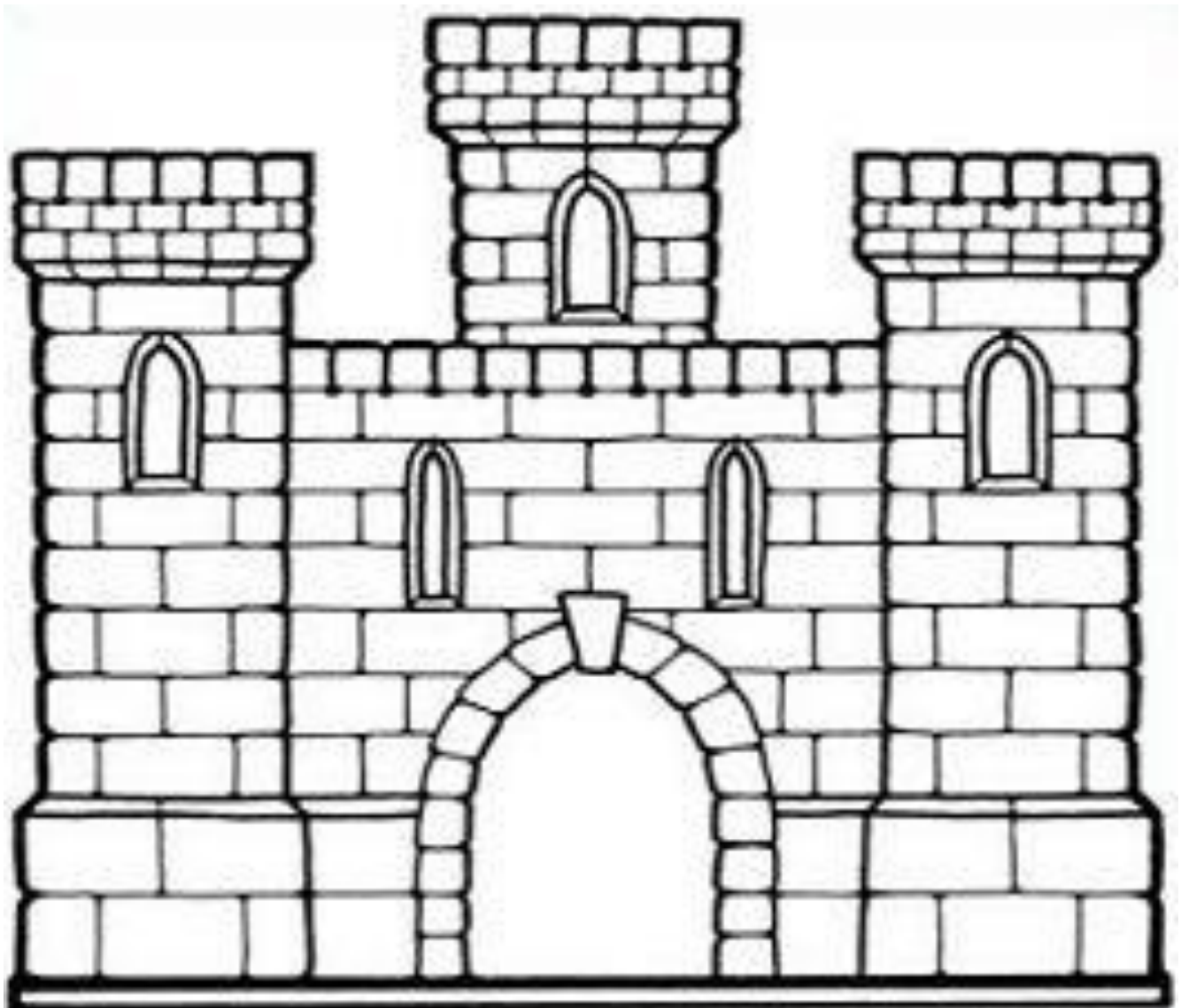
Apêndice XI

Plano da 5ª sessão

Plano da 5ª sessão
Objetivo Geral – Descobrir os recursos para gerir a própria vida

Etapa	Objetivos específicos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	- Promover a coesão do grupo;	-Sentados à volta de uma mesa perguntar como se sentem no momento presente. - Explicar em que consiste a atividade.	Mesa e cadeiras;	Terapeuta e coterapeuta	5'
Dinâmica de grupo	- Descobrir os próprios recursos. - Refletir sobre as próprias competências de autogestão. - Promover a autonomia. - Promover a adesão terapêutica. -Proporcionar uma experiência edificante.	Entregar a cada pessoa uma folha de papel A3 que contém no centro um castelo, simbolizando a própria vida e a questão seguinte: que recursos tenho para manter o meu castelo de pé? Se alguém quiser pode pintar o castelo). Colocar ao dispor várias imagens alusivas a vários recursos como por exemplo: passear, ler, ouvir música, andar de bicicleta, cozinhar, conversar com um amigo, estar com a família etc. etc. e pedir para cada pessoa escolher as imagens que lhe fazem mais sentido e colá-las na folha onde está o castelo.	Folhas de papel A3 previamente preparadas com um castelo, lápis de cor e cola.	Terapeuta e coterapeuta	30'
Término	- Permitir a expressão de sentimentos e emoções. - Melhorar a autoestima. - Promover a autonomia.	Os terapeutas e os clientes partilham sobre a escolha das imagens, sobre os próprios recursos e refletem sobre os mesmos. No final da partilha, os terapeutas agradecem a participação de todos. Entregar uma folha de avaliação da sessão onde cada pessoa preenche de uma forma individual.	Folhas de avaliação e canetas	Terapeuta e coterapeuta	25'

Que recursos tenho para manter o meu castelo de pé?



Apêndice XII

Plano da 6ª sessão

Plano da 6ª sessão
Objetivo Geral – Criar um KIT da ESPERANÇA

Etapa	Objetivos específicos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	- Promover a coesão do grupo;	- Sentados à volta de uma mesa perguntar como se sentem no momento presente. - Explicar em que consiste a atividade.	Mesa e cadeiras;	Terapeuta e coterapeuta	5'
Dinâmica de grupo	-Promover a esperança. - Descobrir os recursos que promovem a esperança de cada um. - Recordar os recursos escolhidos por cada um na sessão anterior.	- Entregar a cada pessoa um estojo com a etiqueta Kit da esperança. - Reportando à sessão anterior convidar cada pessoa a pensar em 3 recursos promotores de esperança que guardaria no estojo por ex. fotografia da família ou de alguém significativo, música preferida, imagens (recursos da sessão anterior). - Colocar ao dispor várias imagens alusivas aos vários recursos e pedaços de papel em branco, para quem desejar escrever algum outro recurso.	Estojo com a etiqueta Kit da esperança. Imagens alusivas aos vários recursos. Pedaços de papel em branco.	Terapeuta e coterapeuta	30'
Término	- Permitir a expressão de sentimentos e emoções. - Promover a esperança. - Melhorar a autoestima.	- Os terapeutas e os clientes partilham sobre a escolha dos recursos e a sua importância na vida. - No final da partilha, distribuir uma imagem com uma frase alusiva à esperança para colocar no estojo, quem quiser pode partilhá-la. - Os terapeutas agradecem a participação de todos. - Entregar a folha de avaliação da sessão onde cada pessoa preenche de uma forma individual.	Várias imagens com frases promotoras de esperança. Folhas de avaliação e canetas	Terapeuta e coterapeuta	25'

Baseado no *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Ordem dos Enfermeiros (2012). Cadernos OE Série 1, nº 4. Artes Gráficas, 1-108.

Apêndice XIII

Kits de Esperança

Kits de Esperança



Apêndice XIV

Plano da 7ª sessão

Plano da 7ª sessão

Objetivo Geral – reconhecer e integrar na vida as próprias fragilidades

Etapa	Objetivos específicos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	- Promover a coesão do grupo;	- Sentados à volta de uma mesa perguntar como se sentem no momento presente. - Explicar em que consiste a atividade.	Mesa e cadeiras;	Terapeuta e coterapeuta	5'
Dinâmica de grupo	-Tomar consciência das próprias fragilidades e integrá-las na própria vida. - Perceber que essas dificuldades constituem uma parte ínfima na vida de cada um. - Promover o autoconhecimento. Promover o conhecimento e a aceitação mútuos.	- Entregar a cada membro do grupo um texto com a parábola da rosa. - Pedir para uma pessoa ler em voz alta. Deixar as pessoas refletirem um pouco sobre o texto e partilharem as suas impressões. - Entregar uma folha com uma rosa por colorir e pedir para cada pessoa a colorir. - Nesta mesma folha no caule da rosa há um espaço para cada pessoa colocar os seus espinhos. - Considerar que tal como nós, os outros também têm espinhos. Será que rejeitamos a rosa por ela ter espinhos?	Folha com o texto da parábola da rosa. Folha A4 com rosa por colorir e espaço para escrever os próprios espinhos. Canetas, lápis de cor e canetas coloridas.	Terapeuta e coterapeuta	30'
Término	- Permitir a expressão de sentimentos e emoções. -Tomar consciência das próprias fragilidades e como conviver com elas.	- Os terapeutas e os clientes partilham sobre os seus próprios espinhos sobre os sentimentos que daí despoletam. Como integrar esses espinhos na própria vida? - Ler a moral da parábola da rosa. - Os terapeutas agradecem a participação de todos. - Entregar a folha de avaliação da sessão onde cada pessoa preenche de uma forma individual.	Folhas de avaliação e canetas	Terapeuta e coterapeuta	25'

PARÁBOLA DA ROSA

Um homem plantou uma roseira, passou a regá-la constantemente e, um dia parou para examiná-la com mais atenção.

Viu um botão que em breve desabrocharia. Mas notou que haviam espinhos sobre o talo e pensou:



Como pode uma **bela** flor vir de uma planta rodeada de espinhos tão afiados?

Entristecido por este pensamento, o homem recusou-se a regar a roseira. E antes mesmo de estar pronta para desabrochar, a rosa morreu.



Será que rejeitamos a rosa por ela
ter espinhos?

Apêndice XV

Plano da 8ª sessão

Plano da 8ª sessão

Objetivo Geral – Fortalecer o autoconceito e a autoestima

Etapas	Objetivos específicos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> -Cimentar a coesão do grupo. -Revigorar a esperança. 	<p>Colocar uma música da Mariza – Melhor de mim.</p> <p>Pedir para cada pessoa expressar aquilo que esta música lhe faz sentir.</p>	<p>Computador</p> <p>Música</p>	Terapeuta e coterapeuta	10'
Dinâmica de grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar os aspetos positivos sobre si próprio; - Expressar sentimentos e emoções; - Proporcionar uma experiência edificante. 	<p>Sentados à volta de uma mesa entregar a cada pessoa, uma folha de papel em branco e outro papel mais pequeno.</p> <p>Pedir para escreverem no papel mais pequeno a letra legível o nome e dobrar em quatro. Recolher estes papéis numa caixa e entregá-los a cada pessoa de forma aleatória.</p> <p>Pedir para lerem o nome e guardarem segredo. A seguir numa das faces da folha pedir para cada pessoa escrever uma mensagem à pessoa que lhe calhou no papel (como uma carta breve, no cabeçalho colocar uma saudação e o nome dessa pessoa com letra bem legível. O conteúdo da carta deve conter um resumo dos comportamentos</p>	<p>Cadeiras e mesa.</p> <p>Folhas de papel A4</p> <p>Pedaços de papel em branco.</p> <p>Caixa vazia.</p> <p>Canetas.</p>	Terapeuta e coterapeuta	30'

		<p>valiosos que se observam na pessoa. No final o autor deve assinar a carta também com letra legível.</p> <p>Recolher novamente as cartas e entregar aos respetivos destinatários. Pedir para cada pessoa ler a carta espaçadamente, em voz baixa, consciencializando-se do conteúdo de cada frase.</p> <p>A seguir do outro lado da folha pedir para cada pessoa escrever no cabeçalho, RESPOSTA, relatar a impressão que lhe causou a carta e agradecê-la.</p> <p>Recolher novamente as cartas e entregar aos autores da carta para que leiam privadamente.</p> <p>Recolher todas as folhas e entregar aos destinatários pedindo-lhes que as guardem como se fosse um pequeno tesouro.</p>			
Término	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer a expressão de sentimentos e emoções; - Preparar para o fim das atividades. 	<p>Os terapeutas e os clientes em círculo conversam sobre os sentimentos que emergiram durante a sessão.</p> <p>No final da partilha, os terapeutas dão <i>feedback</i> ao grupo e preparam para o término das atividades que terá lugar na sessão seguinte.</p> <p>Os terapeutas agradecem a participação de todos.</p> <p>Entregar uma folha de avaliação da sessão onde cada pessoa preenche de uma forma individual.</p>	Folhas de avaliação e canetas	Terapeuta e coterapeuta	20'

(Atividade adaptada de Alcantára, 1995)

Apêndice XVI

Avaliação Final

Apêndice XVII

Resultados da aplicação da Rosenberg Self-Esteem Scale

Resultados da aplicação da Rosenberg Self-Esteem Scale

Elementos	1º Avaliação Setembro 2015	2ª Avaliação Fevereiro 2016
1º	25	30
2º	31	Desistiu
3º	32	40
4º	23	23
5º	19	25
6º	30	30
7º	31	30
8º	23	26

Como podemos constatar dos 7 clientes a quem foram feitas as duas avaliações antes e após as atividades 4 melhoraram a sua autoestima, 2 mantiveram e um baixou um ponto.

Apêndice XVIII

Síntese dos resultados da avaliação final

Síntese dos resultados da avaliação final

(O elemento nº 2 não fez a avaliação final)

Todas as sessões	Elemento 1	Elemento 3	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7	Elemento 8
Ao longo destas atividades o que mais gostou?	Gostei mais da atividade da árvore.	Todas elas tiveram o seu momento na minha vida. Não posso escolher uma delas, gostei de todas. Todas elas me disseram algo e abriram portas no meu ser.	Gostei da partilha e convívio entre o grupo. Também todos os temas propostos estiveram muito interessantes e permitiram um maior conhecimento das pessoas.	Gostei de todas.	Gostei de tudo.	Gostei de todas as atividades.	O que mais gostei nas atividades foi o facto de serem viradas para o positivismo da vida isto é, a vida tem coisas muito boas para quê pensarmos só nas más.
Que descobertas fez durante estas atividades?	Descobri muito sobre mim. É bom conviver.	Tudo tem um momento na minha vida, por isso, devo escolher o lado bom e andar erguido e com	Descobri algo sobre mim em termos de personalidade e também as outras pessoas envolventes.	Coisas muito interessantes.	Fiquei a conhecer-me melhor.	Descobri que valeu a pena ter estas atividades.	Descobri que perante os outros tenho uma personalidade bastante boa.

		Deus. Devo construir um “castelo” com as minhas opções de vida e com as minhas qualidades. Melhorar o mundo em que vivo.					
Como se sente no final destas atividades?	Vaidosa.	Sinto-me rejuvenescido com aquilo que aprendi ao longo destas semanas, pois aprendi que há dificuldades e obstáculos que temos de ultrapassar, mas com a nossa personalidade com a ajuda de	Sinto-me contente por ter conhecido mais das pessoas que participaram e também sobre mim.	Muito bem.	Descobri coisas novas em mim que não sabia que elas existiam.	Descobri que valeu a pena ter estas atividades.	Vou sentir a falta destas atividades porque todas foram a descoberta de algo.

		Deus tudo se pode ultrapassar.					
O que menos gostou ao longo destas atividades?	Gostei de tudo.	Nada a referir.	Gostei de tudo pois foi tudo muito gradual.	Gostei de todas.	Não houve nada de que não gostasse.	Gostei de tudo.	Nestas atividades não me recordo de nada que não tivesse gostado.
Quais os contributos/benefícios destas atividades para a sua vida?	Serviu para melhorar-me.	Contribui que vou dar mais valor às minhas qualidades e com as alegrias e tristezas que temos ao longo da vida tudo será ultrapassado com a nossa boa vontade.	Estas atividades ajudaram-me a descobrir que devo ser ainda muito mais extrovertido pois consideram-me introvertido.	Deram-me mais esperança no futuro e acho que devia haver mais atividades destas porque faz muito bem ao espírito.	Além de ter ficado a conhecer-me melhor, também descobri coisas que eu não sabia que existiam em mim.	Descobri que estas atividades foram muito benéficas para mim.	Contribuíram para me olhar de outra maneira isto é, com a autoestima mais elevada, que na vida existem coisas boas e devemos concentrar-nos nelas. Que na vida há sempre uma vertente positiva.

Apêndice XIX

Descrição da relação estabelecida com a Cliente A

Descrição da relação estabelecida com a Cliente A

A Cliente A tem 50 anos, tem diagnóstico de esquizofrenia e está internada há cerca de 1 ano para promoção da adesão terapêutica e estimulação do autocuidado como forma de evitar a descompensação psicótica a curto prazo.

No seu dia-a-dia quase não convive com ninguém permanece isolada no seu “cantinho”, senta-se sempre no mesmo lugar, num sofá ao fundo de um corredor virada para a janela, não aderindo a qualquer atividade. A cliente transparece sinais evidentes de embotamento afetivo que de acordo com Townsend (2011) a pessoa com esquizofrenia frequentemente evidencia uma indiferença ou desinteresse pelo meio ambiente ou seja, manifesta apatia emocional. Comecei por abordá-la numa entrevista inicial que resultou muito difícil para mim dado que esta só respondia com um sim, não e pouco mais. Convidei-a a participar nas atividades de grupo, perguntou-me em que consistiam, depois de lhe explicar pediu-me um tempo para pensar. Como refere Townsend (2011) o cliente com esquizofrenia “pode carecer de energia suficiente para executar as actividades de vida diária ou interagir com os outros” (p.520). Depois de alguns dias procurei saber qual era a sua decisão disse-me que iria participar na primeira atividade e depois logo se veria. Informei-a da data, hora e local da atividade. No próprio dia voltei a lembrá-la do seu compromisso. No momento de ir para a atividade, não a encontrei no seu local habitual, depois de a procurar encontrei-a numa outra sala onde não era habitual estar. Quando me dirigi dizendo-lhe que a procurava esboçou um grande sorriso como eu ainda não lhe tinha presenciado levantando-se encaminhou-se para o local da atividade. Participou na atividade tal como os outros clientes superando as minhas expectativas.

Como profissionais de saúde por vezes tendemos a subestimar as faculdades dos clientes, rotulamo-los com o diagnóstico e consideramo-los como casos perdidos em que já pouco ou nada há a fazer. Facilmente desistimos da pessoa, deixamos de investir, de a convidar a participar nas atividades porque já prevemos que a resposta seja negativa. A este respeito Deegan (1996) salienta que quando trabalhamos com uma pessoa que sofre de uma perturbação mental, que desistiu, que está desmotivada, que já não se importa com mais nada temos de compreender que esta pessoa sente que não tem poder, que todo o poder está nas mãos dos outros. Para

estas pessoas é imperativo criar-lhes um ambiente em que existem escolhas a serem feitas, escolhas reais. Desde pequenas opções tais como, qual o sabor do gelado que prefere ou, a que café quer ir, que objetivos vocacionais quer prosseguir etc. etc. Sinto que esta cliente constitui para mim um desafio na perspetiva do *recovery*. A abordagem não está a ser fácil porque de facto ela aparenta estar no “seu mundo” e de lá parece não querer ou não poder sair. Nas minhas tentativas de aproximação, de entrar nesse mundo tenho levado alguns “nãos”, alguns “não me apetece”, as propostas têm sido simplesmente recusadas criando em mim um certo sentimento de frustração. Respondendo ao desafio de Deegan (1996) vou tentar ser para ela modelo de esperança e sugerir-lhe opções e escolhas, mesmo sendo estas rejeitadas, uma e outra vez. Trabalhar numa perspetiva do *recovery* implica para os profissionais de saúde uma mudança de paradigma, implica perceber que “as pessoas com doença mental são, essencialmente, normais, isto é, são como as outras nas suas aspirações e necessidades” (Slade, 2012, p. 60).

Sempre que estou no serviço dirijo-me a esta cliente para a cumprimentar e incentivá-la a participar nas atividades que tem programadas e que muitas vezes recusa-se a participar porque não lhe apetece. Numa das minhas tentativas de a convencer a ir ao ginásio, esta com um fâcies mais expressivo disse-me, “na quinta-feira convidaste-me para ir dar uma volta contigo e eu recusei mas, depois arrependi-me. Na sexta-feira quis passear contigo mas não estavas”... Surpreendeu-me pela positiva, afinal as minhas tentativas aparentemente falhadas têm algum impacto. Reportando-se à sua experiência enquanto cliente num hospital psiquiátrico, Deegan (1996) refere que uma das coisas das quais se lembra é que os profissionais não desistiram de si, continuaram a convidá-la para fazer coisas.

Na segunda sessão voltei a convidar a referida cliente para participar mas esta não me deu a certeza se iria participar ou não. Disse que tinha outra atividade já marcada para essa hora. Informei-a da hora e disse-lhe que podia optar pela atividade que quisesse. À hora marcada ela lá estava na atividade embora um pouco menos participativa.

No dia seguinte ao cumprimentar a cliente A no seu local habitual esta demonstrou-se mais comunicativa, com um fâcies mais expressivo e alegre. Propus-lhe um passeio que ela aceitou. À saída do edifício perguntei-lhe que direção queria

tomar indicou-me o caminho. No decurso do mesmo perguntei-lhe se tinha atividades para esse dia, disse que tinha mas só da parte da tarde nos ateliers de pintura. Perguntei de gostava de pintar disse-me que sim. Perguntei se podia ver os seus desenhos disse-me que não sabia se me iriam permitir entrar nos ateliers, expliquei-lhe que se pedisse autorização deixar-me-iam, respondeu que sendo assim podia. Falei-lhe sobre o seu anterior trabalho, cabeleireira. Explicou-me que não era cabeleireira mas sim técnica de cabeleireira e com fluidez foi explicando o que fazia. Terminada a conversa caminhámos um pedaço em silêncio, silêncio esse que eu tive dificuldade em gerir e logo procurei abordar outro assunto. Falei sobre a última atividade de biblioterapia, sobre o poema de Fernando Pessoa “Pedras no meu caminho”. Disse-me que não gosta desse autor porque acha-o muito pesado e perguntou quem tinha escolhido o texto. Referi que o texto aborda a vida de qualquer pessoa pois todos nós encontramos pedras no nosso caminho, concordou comigo. Continuámos a caminhar em silêncio e eu novamente incomodada com isso. Interrompi esse silêncio perguntando-lhe se não gosta de falar sobre si, disse que não, perguntei o porquê, não me respondeu ou talvez eu nem lhe dei o tempo necessário para responder... adiantei-me a perguntar se era para não dar a sua vida a saber, ao que ela sorriu e respondeu, exatamente. Perguntei-lhe se não tinha pessoas amigas, e ela respondeu com outra pergunta, porque me pergunta isso? Eu respondi porque todos nós precisamos de alguém para de vez em quando falarmos sobre nós, não me respondeu, continuamos a caminhar em silêncio. Neste momento senti que estava a forçar o diálogo e que a cliente não estava com vontade de cooperar e isso deixou-me um pouco incomodada. Phaneuf (2005) refere que “um doente não cooperante devolve-nos a imagem de que somos más enfermeiras, o que não tem nada de agradável, devemos concordar. É portanto útil perguntarmo-nos o que representa o comportamento desta pessoa para nós” p.337. De facto naquele momento fui invadida por um sentimento de incompetência na relação com o outro. Um sentimento que está relacionado com a minha baixa autoestima. Aliás não foi por acaso que me propus trabalhar a autoestima durante o estágio. A relação com esta cliente tem sido difícil para mim, estou a aprender a lidar com a situação, sinto que estou a ganhar algum espaço no entanto tenho alguma dificuldade em interagir porque não sei qual vai ser o retorno dessa interação. Estou a aprender a estar ao lado de alguém em silêncio,

como salienta Chalifour (2007) por vezes é difícil viver o silêncio no momento de escuta, frequentemente o interveniente tem dificuldade em se ajustar a ele, facilmente se distrai, deixando-se apoderar por juízos de valor, devido ao seu anseio de eficácia a todo o custo, pelo receio de que o cliente e ele próprio já não tenham nada para dizer um ao outro.

Entretanto chegamos à entrada, a cliente disse que tínhamos andado bastante, perguntei se estava cansada respondeu-me que sim. Despedi-me agradecei-lhe a companhia ao que ela também me agradeceu.

Ultimamente a cliente A tem ido às suas atividades programadas por sua própria iniciativa, sinto que está um pouco mais motivada, quando me dirijo a ela demonstra um fâcies muito mais expressivo e alegre. Semanalmente há uma voluntária que vem prestar cuidados de manicure às várias clientes mas a cliente A não se aproxima. Incentivei-a a dirigir-se ao local para arranjar as unhas, ela aceitou a proposta e dirigiu-se ao sítio. Mais tarde encontrei-a e perguntei-lhe se tinha tratado das unhas ao que ela com um sorriso estendeu as mãos para eu as visse. São estas pequeninas coisas que dão sentido ao nosso agir, “porque os cuidados de enfermagem são assim, (...) uma imensidão de «pequenas coisas» que dão a possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário de cuidados (...) ao longo das vinte e quatro horas do dia” (Hesbeen, 2005, p.47).

Para Phaneuf (2005) a confiança no ser humano é um dos conceitos base da relação de ajuda. É fundamental acreditar que a pessoa pode evoluir, que “possui capacidades que serão actualizadas se se souber fazer surgir o que está dentro dela” (p. 337). Neste momento estou empenhada em apostar nesta cliente porque sinto e acredito que ela tem potencial para o *recovery*, acreditar no potencial e capacidade da pessoa é uma das atitudes do profissional que trabalha na perspetiva do *recovery* (Slade 2012).

A cliente A está mais comunicativa, com um fâcies mais expressivo, quando a convido para participar nas atividades aceita de bom grado. Passou a vestir-se de uma forma mais cuidada, costumo dar-lhe um reforço positivo ao que ela agradece com um sorriso.

Entretanto surgiu a oportunidade da cliente A mudar para uma outra unidade a fim de integrar um programa de reabilitação. Quando soube disto senti-me um pouco triste, pensei que a cliente não iria aceitar bem esta proposta uma vez que o seu objetivo num futuro próximo era ir para sua casa. No entanto a cliente foi preparada para esta mudança e numa reunião familiar ela pode aperceber-se da indisponibilidade da família neste momento para a receber em casa. Para surpresa minha ela ficou muito entusiasmada com a ideia, preparou as suas coisas de uma forma autónoma e á hora marcada estava pronta a sair. Antes da mudança pedi-lhe para fazer uma avaliação final do conjunto das 5 atividades em que participou, ao que ela acedeu imediatamente. Uma das questões era como se sente no final destas atividades ao que ela a sorrir respondeu, vaidosa. Fiquei a pensar nesta resposta e na mudança que houve no seu modo de estar na vida, talvez as descobertas que foi fazendo sobre si lhe tenham dado esperança e força para continuar a lutar. Depois da reunião familiar em que o pai insiste em referir que a cliente já não é capaz de fazer nada, que não pode ir para casa etc. etc. esta aceita a proposta de mudança de unidade e diz sentir-se vaidosa...

Apêndice XX

Síntese da avaliação das atividades do Hospital de Dia

Síntese da avaliação das atividades do Hospital de Dia

Sessão nº 1	Elemento 1	Elemento 2	Elemento 3	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7	Elemento 8
Nesta sessão, o que mais gostei...	Gostei da atividade proposta	O que os colegas pensam de mim	Gostei de saber que a minha alta está para breve.	Foi conhecer-me melhor.	Foi identificar-me a mim mesmo.			
Nesta sessão descobri que...	Sou comunicadora	Tenho boas caraterísticas.	Podemos falar abertamente.	Tenho qualidades para ser modelo.	Já há muito tempo que não sou realmente alegre.			
No final desta sessão, sinto que...	Vou contente para casa	Até sou boa pessoa.	Estou melhor e posso estar mais liberto.	Tenho boa energia.	Sou uma pessoa bem-disposta.			
Nesta sessão, o que menos gostei...	Gostei de tudo		Gostei um pouco de tudo.	Pôr a minha melhor característica.	Distinguir a minha melhor característica.			
Esta sessão serviu para...	Saber o que os meus colegas pensam de mim.	Aprender mais sobre mim.	Conhecermos uns aos outros.	Instruir-me acerca de mim mesma.	Me conhecer melhor.			

Sessão nº 2	Elemento 1	Elemento 2	Elemento 3	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7	Elemento 8
Nesta sessão, o que mais gostei...	O falar sobre a medicação.	De pensar no que me faz bem.	Gostei do espírito de equipa.	Descrever os aspetos mais essenciais da minha vida.	Escolha das fotos.	Foi de mostrar a minha falta de fé.		
Nesta sessão descobri que...	Não sabia varias coisas.	Sou capaz de ter recursos para andar com a minha vida para a frente.	Qual o envolvimento entre e ajuda castelo.	Que consigo meter o meu castelo de pé.	Posso superar limites.	Coisas importantes sobre mim.		
No final desta sessão, sinto que...	Estou com vontade de cantar.	Vou conseguir ultrapassar as fases más da minha vida.	Estou em condições de voltar à vida normal.	Sei em quem ou em quê mais confiar.	Mais animada.	Estou bem comigo próprio.		
Nesta sessão, o que menos gostei...	Os bonecos		Gostei de tudo.		Da cola de batom.	Foi mostrar a minha falta de fé.		
Esta sessão serviu para...	Conhecer os vários sintomas das doenças.	Pensar no que me faz bem.	Fortalecer o ambiente que me rodeia.	Descobrir as experiencias que melhor me fazem.	Desenvolver pensamentos positivos.	Muito.		

Sessão nº 3	Elemento 1 Faltou	Elemento 2	Elemento 3	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6
Nesta sessão, o que mais gostei...		De imaginar o futuro	Reconhecer que o meu futuro está lançado.	Falar através do desenho.	Desenhar	Orientar as ideias do presente com o futuro.
Nesta sessão descobri que...		Vou ser capaz de ultrapassar os meus problemas	O futuro é para breve uma boa atenção .	O desenho expressa melhor as ideias do que falar, tem outros tons.	Tenho um caminho a percorrer	Posso criar objetivos.
No final desta sessão, sinto que...		Fui capaz de pensar no futuro	É possível após o futuro estar realizado.	Despejei, sinto-me mais relaxada.	Mais organizado.	Fui seletivo de más escolhas no passado
Nesta sessão, o que menos gostei...			Gostei de tudo.	Quando se fala mais do mesmo, não avançando.	Duração	O tempo acabou, estava satisfatória.
Esta sessão serviu para...		Aprender a pensar no futuro	Pensar que no futuro próximo serei feliz.	O meu crescimento.	Pensar	Procurar vocação

Sessão nº 4	Elemento 1	Elemento 2	Elemento 3	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7
Nesta sessão, o que mais gostei...	Da interação entre nós e as técnicas	De saber como lidar com o stress	Da maneira como lidar com o stress	De jogar à teia	Gostei mais da teia do novelo de lá.	Fácil	Os conselhos
Nesta sessão descobri que...	Temos todos muito em comum.	Posso lidar com o stress	A música é uma bela estratégia para lidar com o stress.		Todos nós temos preocupações, medos...	Ainda funciono	Todos estamos ligados
No final desta sessão, sinto que...	Comprar tabaco acalma a minha ansiedade.	Posso ser capaz de lidar com o stress	Estar ligado à música faz-me bem.		Fiquei aliviada	Estou cansado	cansado
Nesta sessão, o que menos gostei...	Nada	De pensar em coisas negativas que me provocam stress	Gostei de tudo	Fazer as respostas da folha	Gostei de tudo	Ficar de pé	Sentir alguma tensão
Esta sessão serviu para...	Gostar de tudo	Aprender a lidar com o stress	Contribuir da ligação à música.	Aprender	Conversar sobre as estratégias de superação de obstáculos.	Pensar	Descobrir novas estratégias

Apêndice XXI

Plano da 3ª sessão – Hospital de Dia

Plano da 3ª Sessão – Hospital de Dia

Objetivo – ajudar a entender que a construção do futuro depende das vivências e escolhas do presente.

Etapa	Objetivos específicos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	- Promover a coesão do grupo;	- Sentados à volta de uma mesa perguntar como se sentem no momento presente. - Explicar em que consiste a atividade.	Mesa e cadeiras;	Terapeuta e coterapeuta	5'
Dinâmica de grupo	- Refletir sobre o seu projeto de vida. - Recordar os recursos escolhidos por cada um na sessão anterior - Descobrir quais os recursos para a construção do projeto de vida. - Promover a esperança. - Proporcionar uma experiência edificante.	- Distribuir aos participantes, uma folha de papel A4, lápis e lápis de cor solicitando que representem, através de desenho, o momento que estão a viver, compondo um desenho intitulado "Meu presente". - Distribuir nova folha de papel, pedindo que componham a representação do futuro que imaginam e gostariam para si. A este desenho devem chamar "Meu futuro". - Pedir a cada participante para apresentar ao grupo os seus desenhos, explicando o seu significado. - Pedir a cada pessoa para colocar os seus desenhos na mesa, mantendo entre o “presente” e o “futuro” uma distância que represente a separação que existe entre a sua vida atual e o que deseja atingir.	Papel A4, Lápis, Lápis de cor Canetas	Terapeuta e coterapeuta	40'
Término	- Permitir a expressão de sentimentos e emoções. - Refletir sobre a construção do projeto de vida. - Melhorar a autoestima. - Promover a esperança.	- Falar sobre a distância existente entre o presente e o futuro e sobre como pretende aproximar esses momentos, salientando que o projeto de vida é que faz a ponte entre esses dois tempos, possibilitando o enfrentar as condições adversas. - Entregar a folha de avaliação da sessão onde cada pessoa preenche de uma forma individual.	Folhas de avaliação e canetas	Terapeuta e coterapeuta	15'

Fonte: Margarida Serrão e Maria Clarice Baleeiro, do livro "Aprendendo a ser e a conviver!", ED. FTD, 1999.

Apêndice XXII

Plano da 4ª sessão – Hospital de Dia

Plano da 4ª Sessão

Objetivo – ajudar a lidar com o stress no dia-a-dia.

Etapa	Objetivos específicos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a coesão do grupo; - Tomar consciência de situações que podem causar stress. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar em que consiste a atividade. - Partindo da experiência do dia-a-dia, pedir a cada pessoa para pensar em situações geradoras de <i>stress</i>. Com um novelo de lã pedir para cada elemento dizer uma situação que lhe causa stress e lançar o novelo de lã, aleatoriamente, a outra pessoa. No final, obter-se-á uma teia cujo significado será o de um sistema complexo em que estamos todos interligados: cada um repercute e sente o efeito do próximo. 	Novelo de lã	Terapeuta e coterapeuta	15'
Dinâmica de grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre as várias formas de estar sob tensão. - Pensar sobre possíveis estratégias para prevenir e lidar com o stress. 	<p>Distribuir aos participantes, uma folha que contém as seguintes questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais de que estou sob tensão, - As minhas estratégias para prevenir o <i>stress</i>, - As minhas estratégias para lidar com o <i>stress</i>. 	Mesa e cadeiras; Folhas A4 com as questões previamente preparadas; Canetas.	Terapeuta e coterapeuta	20'
Término	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir a expressão de sentimentos e emoções. - Promover a esperança. 	<p>Partilhar com o grupo os sinais e estratégias de cada um para lidar e prevenir o stress.</p> <p>Entregar a cada pessoa um pensamento sobre a esperança.</p> <p>Despedir-me do grupo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entregar a folha de avaliação da sessão onde cada pessoa preenche de uma forma individual. 	Imagens com pensamentos sobre a esperança. Folhas de avaliação e canetas.	Terapeuta e coterapeuta	25'

Fonte: Landeiro, I., Gago, J., Ferraz, M., Mateus, P. & Inglez, V., *MANUAL DO FORMADOR: Cuidados Integrados e Recuperação*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Apêndice XXIII

Interação com uma cliente - dificuldade de adesão terapêutica

Interação com uma cliente - dificuldade de adesão terapêutica

Na avaliação inicial e no decurso das atividades de grupo pude aperceber-me da dificuldade de adesão terapêutica de uma das clientes. A 5ª atividade proporcionou aos clientes a possibilidade de identificarem os próprios recursos para manter a sua vida em equilíbrio. Um dos aspetos abordados foi a necessidade de adesão terapêutica como um recurso fundamental. A referida cliente mencionou na avaliação final desta atividade como o aspeto que menos gostou o ter de aceitar que a medicação é o mais importante. Numa entrevista individual procurei abordar este assunto. Comecei por perceber que conhecimentos tem a cliente relativamente à medicação que toma e com frequência deve tomá-la. Apercebi-me que esta conhece os medicamentos pelo nome e sabe para que servem. De acordo com Campos & Galante (2012) é necessário refletirmos e perceber quais são as causas que levam o cliente a não aderir ao projeto terapêutico ou a suspendê-lo. Esta cliente tem história de abandono da terapêutica com crises consequentes. Um estudo levado a cabo por Nicolino, Vedana, Miasso, Cardoso & Galera (2011) conclui que “os efeitos colaterais foram a razão para a descontinuidade do tratamento em 80,0% dos pacientes não-aderentes intencionalmente” (p. 714).

Tentei perceber as razões deste abandono e pelo que pude apurar, em parte tem a ver com os efeitos secundários: lentificação psicomotora (nem conseguia pensar (sic)), sonolência no período da manhã que a dificulta acompanhar o filho à escola. Esta última recaída segundo a cliente deveu-se a um ajuste que fez por sua própria iniciativa, deixou de tomar o comprimido da manhã. Outra das razões tem a ver com uma certa desmotivação, em casa as coisas são muito diferentes do internamento refere a cliente, a casa é grande e fria, o ambiente familiar também não ajuda, cada um está no seu canto (sic). Neste sentido Campos & Galante (2012) também referem que é necessário saber se o utente “vive sob tensão emocional, se tem horários irregulares ou complexos em regimes farmacoterapêuticos longos” (p.28). A cliente acabou por explicar as dificuldades que vive em casa, os pais não se entendem, a mãe frequentemente isola-se passando os dias na cama. O pai tem de tratar de tudo em casa, a cliente refere que a relação com o pai também é difícil, porque este “não consegue conversar, grita com toda a gente lá em casa” (SIC). Tentei que a cliente encontrasse possíveis estratégias para melhorar a relação com os pais

mas, fui percebendo que se trata de uma família disfuncional. Na perspectiva da cliente a melhor forma que encontrou para ter menos conflitos é não permanecer em casa muito tempo mas, o facto de estar fora de casa também contribui para aumentar a tensão entre os dois.

Relativamente ao regime terapêutico fui sugerindo à cliente que conversasse com o seu psiquiatra acerca dos efeitos secundários e dos possíveis ajustes terapêuticos de forma que não os fizesse por iniciativa própria. Como durante o dia raramente está em casa acaba por não tomar a medicação do almoço. Pelo que me pude aperceber são muitas as causas da não adesão terapêutica. Fui tentando conhecer o quotidiano da cliente e com ela procurando delinear estratégias que permitam cumprir o esquema terapêutico (utilizar o telemóvel para recordar a hora da toma, conversar com o psiquiatra sobre a possibilidade de fazer a medicação apenas de manhã e à noite). Esta cliente está inserida num Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental na comunidade, é acompanhada por uma equipa multidisciplinar que assegura as valências de consultas de psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, psicomotricidade, serviço social e enfermagem. Trata-se de uma área de dia, onde se desenvolve um programa de reabilitação em psiquiatria e saúde mental para pessoas com doenças mentais crónicas, dispõe também de intervenção domiciliária. Apesar de todo este acompanhamento a cliente tem problemas de adesão terapêutica. O que estará a falhar? A cliente conhece a doença que tem, e está consciente da necessidade da medicação. No estudo realizado sobre adesão ao tratamento em clientes portadores de esquizofrenia, Nicolino et al. (2011) referem que “a crença na necessidade do medicamento esteve pautada nas experiências de recaídas causadas pela interrupção do tratamento” p. 714). Também esta cliente está convencida da necessidade da medicação devido às várias recaídas que teve por abandono da mesma. Após conversarmos sobre as possíveis estratégias a adotar para a adesão ao tratamento, a cliente deixa transparecer um certo medo de voltar para casa e tudo retornar ao mesmo, no internamento segundo refere tudo se torna mais fácil...

Chalifour (2009) refere que o participar num ensino acerca da sua doença e tratamento, implica que o cliente reconheça que está doente e que os défices e perdas que acompanham a doença são reais e por vezes permanentes. Isto pode justificar em parte as reações do cliente perante um aconselhamento pelo que é necessário

que o terapeuta não se precipite a fazer juízos relativamente à sua pouca colaboração. Sinto que não é fácil esta adesão, colocando-me no lugar da cliente imagino o quanto difícil deve ser tomar uma medicação que de certo modo vai modificar a minha própria forma de ser e estar. Durante a entrevista senti uma certa dificuldade em conseguir motivar a cliente, porque eu própria numa situação idêntica teria a mesma dificuldade em aderir ao tratamento farmacológico. Esta é uma complexidade que se prende com uma certa incongruência da minha parte. Como refere Santos (2004), citando Freire & Tambara (2001), “se o terapeuta, ele próprio, estiver incongruente, preso à rigidez das suas próprias defesas, como conseguirá promover a fluidez do cliente ou estar aberto à sua diversidade e complexidade? Se tiver medo da dor, como será ele capaz de ouvir e de ajudar o cliente a enfrentar a sua própria dor?” (Santos, 2004,p.22). Perante a minha ambivalência de pensamentos e sentimentos dispus-me a escutar a cliente e ao mesmo tempo fui reforçando a necessidade de manter o tratamento.

Ainda de acordo com Chalifour (2009) quando estamos perante um cliente que não adere ao tratamento proposto, automaticamente concluímos que este não compreendeu o tratamento pelo que necessita de ensino mas, temos que nos questionar acerca da necessidade deste aconselhamento, do momento para o fazer, dos métodos pedagógicos utilizados, do vocabulário usado etc. etc. De facto foi o que aconteceu, verifiquei que a cliente tinha dificuldade em aderir ao tratamento proposto e decidi intervir pensando que fosse mesmo falta de conhecimento relativamente à doença e seu respetivo tratamento. Nesta intervenção apercebi-me que afinal a cliente não tem falta de conhecimentos relativamente à doença, tem um nível de insight satisfatório, que até está a ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar na comunidade e no entanto mantém esta dificuldade de adesão ao tratamento. Talvez o segredo passe por apostar mais na relação que o terapeuta estabelece com o cliente, como salienta Santos (2004) “mais do que pelas técnicas ou instrumentos que utiliza, o terapeuta define-se pelas atitudes que transporta para a relação e que constituem o verdadeiro factor impulsionador da mudança” (p.23). Neste sentido também Campos & Galante (2012) defendem que “a promoção na motivação do utente e o reforço no processo relacional permitem alcançar o sucesso do tratamento proposto” (p.31).

Deegan (1996) ao testemunhar o seu processo de *recovery* refere que continua a usar os serviços profissionais, inclusive medicamentos psicoterapia e hospitais. No entanto, agora ela não apenas vai ao hospital e toma os medicamentos mas aprendeu a usar o hospital e os medicamentos. Esta é uma postura ativa, o selo distintivo de quem está num processo de *recovery*. Incentivei a cliente a partilhar as suas dificuldades relativas ao tratamento com os técnicos de saúde que a acompanham a fim de evitar que esta abandone o tratamento. A cliente tem tido várias licenças de ensaio, que têm corrido bem, neste momento está motivada e refere que desta vez sente-se mais ativa, “menos vegetativa” (sic).

Apêndice XXIV

Escutar o cliente em fase aguda de doença mental grave

Escutar o cliente em fase aguda de doença mental grave

Ao longo deste estágio tenho tido várias oportunidades de escutar pessoas em fase aguda de doença mental grave. A desorganização do pensamento é uma realidade, há uma mudança constante de um tópico a outro ou seja, um descarrilamento das associações como classifica o DSM-5 (2014). Há uma ideação delirante pelo meio, com conteúdos que incluem uma variedade de temas. As alucinações também estão presentes em várias modalidades sensoriais com predominância das alucinações auditivas. No meio de toda esta instabilidade a cliente lança-me o pedido, preciso conversar consigo, e eu disponho-me a escutá-la, até porque estou em estágio e posso dar-me a este “luxo” de dedicar tempo a escutar as pessoas, o que gosto imenso de fazer e no meu dia-a-dia de trabalho não disponho tanto deste “precioso tempo” para estar com os clientes.

Esta relação que se estabelece, ultrapassa algumas das estratégias relacionais que tenho aprendido na escola, vou acolher mas não vou explorar nem procurar sintetizar, não vou repetir frases nem ideias expressas pela cliente porque talvez ela já nem se lembre que o disse e/ou pensou e, por outro lado, o relembrar certos aspetos não faria sentido nem a ajudaria em nada organizar o seu pensamento. Procuo sim ter compaixão por ela, deixar-me tocar por esta pessoa que sofre, colocar-me no seu lugar (Chalifour, 2007), porque o que é mesmo real, é que existe um grande sofrimento por detrás de toda esta desorganização de pensamento. Tento manter uma posição física que privilegie o contacto visual com o cliente como forma de manifestar-lhe atenção. Para Chalifour (2007) esta é a primeira marca de interesse para o início do contacto e a continuação da relação. Com o meu modo de estar tento transmitir à cliente de forma não-verbal que a considero importante, que aquilo que ela pretende dizer vale a pena ser ouvido, estou sentada ao seu lado, quase de frente, ligeiramente inclinada para a frente ao mesmo tempo que vou confirmando que estou a escutá-la. Enquanto agente da realidade tento levar a cliente a reconhecer que está perante ideias delirantes ou alucinações (Chalifour, 2009). Refiro que existem certas doenças que trazem ideias e percepções que podem parecer reais para a pessoa mas que fazem parte de um conjunto de sintomas... ao que a cliente me interrompe dizendo: - sim, sim eu sei que existe uma doença chamada esquizofrenia que provoca alucinações e visões estranhas, mas não é o meu caso, isto que lhe estou a dizer é mesmo real

(SIC). Perante isto caem por terra as minhas poucas armas e decido que vou continuar a escutá-la, a manifestar interesse, aceitação e compaixão. A cliente continua o seu discurso, interrompe e chora, e eu estou ali ao seu lado numa atitude empática porque naquele momento é tudo o que eu sinto que posso fazer. Fico em silêncio procuro respeitar as percepções da cliente e tento ao mesmo tempo consciencializar-me do que se está a passar em mim.

De acordo com a OE o EESM “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento n.º 129/2011, p. 8670). Tendo esta competência como um dos objetivos primordiais do meu estágio tenho estado mais atenta aos meus sentimentos e emoções quando estou em relação com o cliente, o que desde já não tem sido tarefa fácil. Talvez um dos problemas seja a procura de respostas fora de mim tal como salienta Chalifour (2007) referindo-se aos intervenientes que “procuram no exterior de si, as respostas relativas à forma de intervir, não ponderando nem as particularidades dos seus clientes nem a sua experiência com eles” (p.220). Assim durante esta interação fui tentando dar-me conta daquilo que se estava a passar em mim.

Apesar do meu esforço para estar atenta ao que a cliente exponha, não conseguia acompanhar o seu raciocínio, a mudança de tópicos era constante e rápida de mais. Frequentemente a cliente perguntava-me, está a perceber? Embora mantendo a postura de quem está atenta, confirmando com aceno da cabeça como se estivesse a entender tudo, não deixo de sentir uma certa incongruência na minha resposta porque na verdade não estou a entender muito bem... percebo que há uma criança de sete anos no meio de tudo isto da qual a cliente sente imensa saudade, e precisa de saber se está bem. Por outro lado há uma grande culpabilidade por não conseguir corresponder plenamente ao seu papel de mãe. Há uma discórdia com a forma como a avó está a educar a criança e um dar-se conta de que neste momento não está capaz de poder educar a filha como gostaria. Há um conflito com o companheiro com uma dualidade de sentimentos, que não chego a entender em que ponto está essa relação. Existem uns medos relacionados com um possível rapto da filha mercê do delírio persecutório, enfim, uma infinidade de situações e problemas que me ultrapassam e me deixam impotente por um lado, mas, ao mesmo tempo com

um grande sentimento de compaixão por esta pessoa e, um desejo imenso de poder ajudá-la. A este respeito Chalifour (2008) refere que “o terapeuta deve manifestar uma certa compaixão pelo cliente, mas também adquirir uma elevada consciência de si-mesmo que lhe permita distinguir os seus próprios sentimentos dos do cliente” (p.293). Creio que aqui está a parte mais difícil distinguir os meus sentimentos dos da cliente. O tema da relação mãe/filho toca-me particularmente porque vivi essa separação na minha própria história pessoal. Sei que tudo o que se relacionar com este assunto, eu tentarei fazer o que estiver ao meu alcance para proporcionar o reencontro entre mãe e filha. O meu primeiro impulso foi pensar que tinha de fazer algo para minimizar este sofrimento? Não sei bem se o meu ou o da cliente?

Procurei proporcionar à cliente falar telefonicamente com a mãe o que me deixou mais tranquila e penso que também a cliente. A equipa ficou de ver a possibilidade da cliente poder receber a visita da filha no fim-de-semana o que também me tranquilizou. Mas será que era mesmo este o pedido de ajuda da cliente? Ou falaram mais alto os meus sentimentos relacionados com este episódio da minha história, consciente creio eu, mas, ainda não totalmente resolvido? O sentimento de impotência para ajudar alguém provoca-me um sentimento de frustração. Sinto-me como se tivesse os braços presos, mas, a vida tem-me ensinado que não sou onnipotente, que há situações que não dependem de mim. Preciso de aprender a valorizar mais uma presença feita de acolhimento, escuta e compaixão que de acordo com Chalifour (2009) “existem ainda muitos intervenientes que se sentem inúteis e pouco à vontade com a ideia de «somente escutar» ” (p.254).

Após um período de choro a cliente procura secar as lágrimas ao mesmo tempo que me diz – “obrigado por me ter ouvido”. E eu sinto uma grande gratificação por este tempo que dediquei a alguém que está num grande sofrimento, por ter contribuído para suavizar esta dor muitas vezes incompreensível aos nossos olhos. De facto a relação é a ferramenta mais poderosa que temos para trabalhar com pessoas (Deegan, 1996).

Apêndice XXV

Diário de aprendizagem de acordo com o Ciclo de Gibbs

DIARIO DE APRENDIZAGEM DE ACORDO COM O CICLO DE GIBBS

1) O que acontece

Durante uma das entrevistas de avaliação inicial realizada ao cliente X, houve um momento em que este após expor as suas muitas dificuldades pelas quais está a passar referiu que pensou suicidar-se por não ver outra saída. No entanto acredita que este era o caminho mais fácil, e não o quis fazer até porque tem a crença de que quem se suicida não vai para o céu e quer muito passar a eternidade ao lado dos familiares que já lá estão à sua espera, nomeadamente a mãe, a filha e os seus animais de estimação. Ao verbalizar isto emocionou-se e chorou.

2) O que estou a pensar e a sentir

Senti-me impotente perante a situação, triste, com vontade de chorar também.

Pensei que gostaria de poder ajudar mas as dificuldades expressas pelo cliente eram muito complicadas, e eu não estava à altura para o poder ajudar.

3) O que foi bom e mau nesta experiência?

Foi bom o ter conseguido controlar-me e não chorar, já me aconteceu em circunstâncias idênticas chorar e ficar embaraçada com a situação. Foi mau a minha dificuldade em lidar com a situação, pus-me a escrever, a olhar para o papel para evitar o contacto visual com o cliente e fiquei em silêncio sem saber o que dizer.

4) Que sentido posso encontrar no que se passou?

A minha dificuldade em lidar com o sofrimento, seja meu, seja do outro. Perante uma situação de sofrimento sinto-me triste, com vontade de chorar e como forma de afastar esse sofrimento tento logo procurar soluções para os problemas, tenho dificuldade em assumir que não sou capaz de ajudar, de minimizar o sofrimento de alguém. Isso deixa-me mal, porque fico a carregar esse sofrimento que não é meu mas que o assumo como tal. Phaneuf (2005) refere que “lidar com uma pessoa com comportamento suicida vem muitas vezes mexer com os valores que nos levam a atribuir importância à vida, à procura da alegria e da criatividade produtiva” (p.415). De facto sinto dificuldade em entender este comportamento porque tenho a vida como um valor supremo, um dom que eu agradeço todos os dias e que seria impensável coloca-lo em causa. Por outro lado sei que por detrás deste pensamento e/ou comportamento está um grande sofrimento, um vazio perante o qual eu me sinto

impotente para ajudar porque como salienta Phaneuf (2005) o clima de tristeza que gera é doloroso de suportar.

5) O que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?

Envolvi-me emocionalmente com a situação, levei a situação para casa e dei por mim a querer solucionar parte do problema, pensei na possibilidade de poder arranjar emprego para a esposa do cliente que neste momento está desempregada, agravando as dificuldades económicas do cliente, aumentando deste modo o seu desespero.

6) O que irei fazer de futuro e/ou que contributo para o meu desenvolvimento profissional futuro.

Criar mecanismos de defesa para não me envolver emocionalmente com as situações a ponto de ficar a reviver esse sofrimento. Evitar querer resolver as situações pelo cliente mas ajudá-lo a descobrir os próprios recursos para ajudar-se a si próprio. Como refere Chalifour (2008) a pessoa perante situações perturbadoras pode sentir-se de tal modo desarmada que dificilmente tem acesso aos seus próprios recursos. Nesta situação um diálogo impregnado de calor e de compaixão pode levar a pessoa, a sentir-se reconhecida e escutada, pode levá-la a procurar alternativas à sua vontade de acabar com a vida (Phaneuf 2005).

De acordo com a OE (2012), “os clientes experienciam o processo de doença e recuperação com a esperança diminuída, pelo que devem ser incentivados a criar os seus próprios «kits de esperança», tendo ao seu alcance um recurso significativo e disponível que permite fortalecer essa esperança diminuída e moderar ou atenuar o sofrimento e a vontade de morrer” (p.44). As intervenções psicoterapêuticas que estou a desenvolver em grupo vão nesta linha da promoção da esperança e também da autoestima, como forma de ajudar a pessoa a explorar acontecimentos positivos e pessoas significativas, a identificar habilidades, a encontrar razões que possam dar sentido à sua vida (Sequeira, 2006). Este cliente participou em algumas das atividades desenvolvidas por mim, na avaliação final disse que se sentia rejuvenescido, que tinha aprendido que as dificuldades e os obstáculos têm de ser ultrapassados e que passaria a dar maior valor às suas qualidades. Que se sentia preparado para ter alta e enfrentar a sua vida, neste momento já teve alta clínica.

Apêndice XXVI

Grupos de Apoio às Licenças de Fim-de-Semana

Grupos de Apoio às Licenças de Fim-de-Semana

Trata-se de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que teve como objetivo melhorar a realidade existente no domínio das licenças de fim-de-semana. Como todos nós sabemos estas licenças são cruciais no contexto de preparação para a alta uma vez que permite aferir o patamar em que a pessoa se encontra.

O projeto obedece a 5 passos: 1) autorização médica para licença de fim-de-semana, 2) preparação para a licença, 3) a licença propriamente dita 4) a avaliação dos objetivos no regresso 5) o grupo de apoio às licenças de fim-de-semana. Antes de partirem para o fim-de-semana os clientes são convidados a traçarem os seus próprios objetivos que são discutidos com o enfermeiro e apresentados à família.

No regresso informam o enfermeiro relativamente ao seu cumprimento ou não, esta informação é validada pelo familiar. Nas segundas-feiras o grupo reúne-se para partilhar as suas experiências, os aspetos positivos e negativos do fim-de-semana.